dontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 397190
INTERCÂMBIO

S	3-Data de Emissão da Guia: 15/10/20	4-Data de Autorização: 16/10/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7963984
7-Data Validade da Senha: 13/01/21				

eficiário	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Carteira: 02253251750000101				
LE VIDAL DA SILVA 20/11/1983		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: MICHELE VIDAL DA SILVA	

ntratado Responsável pelo Tratamento	18-Número no CRO: 46146	19-UF: RJ	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
nto a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: THALYTA BRAGA DE MORAES			
a Operadora / CNPJ / CPF: 21569178400001	22-Nome do Contratado Executante: THALYTA BRAGA DE MORAES	23-Número no CRO: 46146	24-UF: RJ	25-Código CNES
Profissional Executante: TA BRAGA DE MORAES		27-Número no CRO: 46146	28-UF: RJ	29-Código CBO S

atamento / Procedimentos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
0 81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/OUT/2020		
0 85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/OUT/2020		
0 85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/OUT/2020		
0 85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/OUT/2020		
0 85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/OUT/2020		

Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 178,00	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

o, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em
o. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores
tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30 OUT/2020 Michele Vidal da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /