dontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 366736
INTERCÂMBIO

ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
14	31/08/20	31/08/20	AUTORIZADO	50187954	29/11/20

Beneficiário

da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
3700002646165 2	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	706200059148162

		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
A BRASILIANO SILVA	13/07/1985	( ) -	MARA BRASILIANO SILVA

Contratado Responsável pelo Tratamento

mento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

801 - Faturar Empresa

na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3 3 2 9 0 0 5 6 1 5	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

Tratamento / 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 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6 1,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,0 0	0,0 0		S	01/09/20		
0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,0 0	0,0 0		S	01/09/20		

Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5 4 4,0 0	0,0 0	

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 . 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 es ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ação

ocal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/20	01/09/20	01/09/20

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia

Digitalizada com CamScanner