dontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 384312
INTERCÂMBIO

ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
4	28/09/20	28/09/20	AUTORIZADO	50194774	27/12/20

Beneficiário

da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
3 7 9 9 9 4 0 6 5 7 0 2 6 1 9	POS REDE PRESTADORA	MARIANE MATOS DA S	/ /	700605457567663

	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA MATOS HORTENCIO DE SOU 06/05/2016	( ) -	MARIANE MATOS DA SILVA

Contratado Responsável pelo Tratamento

mento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	THALYTA BRAGA DE MORAES	46146	RJ	

801 - Faturar Empresa

o na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 2 1 5 6 9 1 7 8 4	THALYTA BRAGA DE MORAES	46146	RJ	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
YTA BRAGA DE MORAES	46146	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 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	02/OUT/2020		

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	72,00	0,00	

, 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.

vação

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
02/OUT/2020	02/OUT/2020	02/OUT/2020	/ /

Thalyta Braga
CRO - RJ 46146