dontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 665940
INTERCÂMBIO

o ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
14	18/08/21	18/08/21	AUTORIZADO	8954279	16/11/21

Beneficiário

o da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2025407093000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

IA AMALIA DE SOUZA SIQUEIRA	20/08/1974	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano: MARIA AMALIA DE SOUZA SIQUEIRA

Contratado Responsável pelo Tratamento

imento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CAIO RENDA LEMOS	116082	SP	

025 - Faturar Empresa

o na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
00119668900	CAIO RENDA LEMOS	116082	SP	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENDA LEMOS	116082	SP	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

a	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
	08100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/21		Amélia
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/21		Amélia
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/21		Amélia
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/21		Amélia
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/21		Amélia

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$
19/08/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	178,00	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

local 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
19/08/21	19/08/21 Amélia Siqueira	19/08/21 Amélia Siqueira	19/08/21

Odontologia Integrada LTDA
CNPJ 41.244.240/0001-19