dontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

304617
INTERCÂMBIO

0-ANS: 14	3-Data de Emissão da Guia: 31/03/20	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 304617	7-Data Validade da Senha: 29/06/20

Beneficiário

o da Carteira: 20252962570001011	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
AN ISTEFANY ALVES BARBOSA 21/01/1999		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: MIRIAN ISTEFANY ALVES BARBOSA	

Contratado Responsável pelo Tratamento

mento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: TATYANA HERMOGENES COUTINHO	18-Número no CRO: 50765	19-UF: MG	20-Código CBO S: 025 -
o na Operadora / CNPJ / CPF: 6935465656	22-Nome do Contratado Executante: TATYANA HERMOGENES COUTINHO	23-Número no CRO: 50765	24-UF: MG	25-Código CNES
do Profissional Executante: ANA HERMOGENES COUTINHO		27-Número no CRO: 50765	28-UF: MG	29-Código CBO S

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
	08100049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	N	31/03/20		Mirian
	08510056	CURATIVO DE DEMORA EM	36		1	80	0,00	0,00	N	31/03/20		Mirian

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: 420	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

, 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: 31/03/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 31/03/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/03/2020 X Mirian Istefany	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 31/03/2020

Dra. Tatyana Hermógenes Coutinho
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 50.765

Dra. Tatyana Hermógenes Coutinho
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 50.765

Dra. Tatyana Hermógenes Coutinho
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 50.765