dontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335902
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	08/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	50175104	06/10/20

Beneficiário

da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
3799940625053667	POS REDE PRESTADORA	ALINE DE OLIVEIRA	/ /	704702750209537

	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
A EDUARDA DE OLIVEIRA SILV 24/11/2012	( ) -	ALINE DE OLIVEIRA FERNANDES SI

Contratado Responsável pelo Tratamento

nento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	47497	RJ	

801 - Faturar Empresa

na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12194770 6	VALERIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	47497	RJ	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RIA LISBOA ILDEFONSO FERREIRA	47497	RJ	

ratamento / 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
08510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	54	D	1	61,00	0,00		S	08/07/20		
08510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	64	D	1	61,00	0,00		S	08/07/20		

revisão 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$
/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	,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
08/07/2020 Valéria L. Ildefonso Ferreira	08/07/2020 Valéria L. Ildefonso Ferreira	08/07/2020 Aline de O. F. Silva	08/07/2020 Dra. Valéria L. Ildefonso Ferreira Cirurgiã Dentista CRO - RJ 47.497