dontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 594744
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	23/06/21	23/06/21	AUTORIZADO	8732247	21/09/21

Beneficiário

da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
20253900800000001020	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

YAN FELIPE SOARES SALLES 09/09/2008	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano SANDRA DE BRITO SOARES RAMOS

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	025 - Faturar Empresa

na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
33290056115	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
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/06/21		

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	34,00	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

cal 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
29/06/21	29/06/21	29/06/21 Sandra de Brito Soares Ramos	29/06/21 Marina Moreira Salvador Cirurgiã-Dentista CRO-RJ: 40774 Especialista Implantodontia

Digitalizada com CamScanner