odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 372183
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	09/09/20	16/09/20	AUTORIZADO	7856361	08/12/20

Beneficiário

da Carteira	8-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2025249282000039 01	POS REDE PRESTADORA	NEW CARGO TRANSPORTE E	/ /	

E MARTINS DOURADO	18/11/1981	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano: ALINE MARTINS DOURADO

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	

na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
83290056115	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000421-
(I) 81000421-RPSE
(I) 81000421-RPIE

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
08100421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Am.
08100421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Am.
08100421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Am.
08100421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Am.

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	56,00	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.

reção

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
/ /	16/09/20	16/09/20 aline	16/09/20

Marina Moreira Salvador
Cirurgiã - Dentista
CRO-RJ: 40774
Especialista Implantodontia

Digitalizada com CamScanner