dontolife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 578786
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 | 09/06/21 | 10/06/21 | AUTORIZADO | 8679715 | 07/09/21 |

**Beneficiário**

| da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 2025386530000101 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | / / | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ELA MARIA FLORENTINO | 04/07/1966 | 14-Telefone ( ) - | 15-Nome do titular do plano: ANGELA MARIA FLORENTINO |

**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 |
|---|---|---|---|---|
| 33292005615 | 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-RPSE
(I) 81000421-RIS

**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 | 16/06/21 | | Angela |
| 08400198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08400198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08200859 | EXODONTIA DE RAIZ | 17 | | 1 | 73,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08200875 | EXODONTIA SIMPLES DE | 23 | | 1 | 73,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08100421 | RX PERIAPICAL | RCSE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08100421 | RX PERIAPICAL | RPSE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |
| 08100421 | RX PERIAPICAL | RIS | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 16/06/21 | | Angela |

| 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 | 292,00 | 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.

ação

| 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 |
|---|---|---|---|
| 16/06/21 | 21/06/21 | 16/06/21 Angela maria florentino | 21/06/21 |

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

Digitalizada com CamScanner