



templicidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



475098
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/02/21	4-Data de Autorização 12/10/21/21	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8291844	7-Data Validade da Santa 12/10/21/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10102102153528421001010101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome NICOLAS CARDOSO DUTRA	24/03/2004	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA ROSALINA SARAIVA CARDOSO
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10121814311119178	22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES
26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES	27-Número no CRO 14878
28-UF SC	29-Código CBO S SC
18-Número no CRO 14878	19-UF SC
23-Número no CRO 14878	24-UF SC
25-Código CNES () 85100200	26-Código CBO S SC
Faturar Empresa Enviar - RX	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	611010	0,1010	151021/21				
2-1010185110022010		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8181010	0,1010	151021/21				
3-1010185110011916		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	611010	0,1010	151021/21				
4-1111111111111111												
5-1111111111111111												
6-1111111111111111												
7-1111111111111111												
8-1111111111111111												
9-1111111111111111												
10-1111111111111111												
11-1111111111111111												
12-1111111111111111												
13-1111111111111111												
14-1111111111111111												
15-1111111111111111												
43-Data Prevista Término do Tratamento 11/10/21/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12101010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

Declaro, 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 arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Allan de Lima Lopes,
Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/21/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/21/21 x Nicodas C.D. Dutra	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/21/21
--	--	---	--