



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



401695
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
2 0 / 0 1 / 2 1

6-Número da Guia Principal
7982285

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 3 / 1 0 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
2 2 / 1 0 / 2 0

1-Registro AINS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 9 0 3 1 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome SABRINA SOUSA FIGUEREDO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SABRINA SOUSA FIGUEREDO
------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EBER COELHO PARAGUASSU	18-Número no CRO 458	19-UF AP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	-------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

17 5 5 5 1 6 7 6 6 2 1 5	22-Nome do Contratado Executante EBER COELHO PARAGUASSU	23-Número no CRO 458	24-UF AP	25-Código CNIES Envlar - RX (I) 85100200
--------------------------	--	-------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante

EBER COELHO PARAGUASSU	27-Número no CRO 458	28-UF AP	29-Código CBO S
------------------------	-------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glorificação
1-0 0 1 8 5 1 0 0 2 0 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	1	8 8 1 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	09/11/20	Sabrina
2-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	09/11/20	Sabrina
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 9 / 1 1 / 2 0	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-2	45-Tipo de Faturamento 1-1 2-2	46-Total Quantidade US 1 4 9 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
---	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--

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 cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/20 Sabrina S. Sousa	53-Data, local e Contorno da Empresa / /
---	---	--	---

Figueiredo