



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24/11



1-Registro AINS 406414	2-Código de Emissão do Guia 18/10/2021	3-Série 25/10/2021	4-Autorizado AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8307267	6-Código de Validade da Série 19/10/2021
---------------------------	---	-----------------------	----------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira 0002025347339000001011	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data de Validade da Carteira 11/11/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde 11/11/11
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---

12-Nome ERICA GALDINO VIANA	13-Data de Nascimento 28/06/1992	14-Telefone (11) 3986-9241	15-Nome do titular do plano ERICA GALDINO VIANA
--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--

Dados de Confirmação Responder pelo Tratamento

16-Atividade a ser realizada N	17-Atividade do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON	18-Atividade do Profissional Solicitante 8005	19-Atividade do Profissional Solicitante BA	20-Código CBO S 025 -
-----------------------------------	--	--	--	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081276185738111	22-Nome do Contratado Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	23-Atividade no CBO 8005	24-UF BA	25-Código CHES BA	26-Código CBO S 025 -
--	---	-----------------------------	-------------	----------------------	--------------------------

27-Nome do Profissional Exercente THIAGO MALBAR MOSCON	28-UF BA	29-Código CBO S 025 -	30-Atividade do Profissional Solicitante Faturar Empresa	31-Atividade do Profissional Solicitante Enviar - RX	32-Código CBO S 025 -
---	-------------	--------------------------	---	---	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Indicador	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Data de Realização	37-Atividade	38-Franchisa / Participação	39-Atividade	40-Atividade do Profissional Solicitante	41-Atividade do Profissional Solicitante	42-Atividade do Profissional Solicitante
1-10	085110020101	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	18181010	10101010	10101010	10101010
2-10	08511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	16110101	10101010	10101010	10101010
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									

43-Data de Realização do Tratamento 25/10/2021	44-Tipo de Atendimento 1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 149,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchisa / Participação R\$ 10,00
---	---	---	------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme entendimento e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2021	51-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2021	52-Data Real e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/10/2021	53-Data Real e Assinatura do Beneficiário 25/10/2021
---------------	---	---	---	---