

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AINS 4064 14 3-Data de Emissão da Guia 12/05/2018 4-Data de Autorização 12/07/2018 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7820680 7-Data Validade da Sentença 12/03/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10120253159777000001011031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12/07/2019 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA EDUARDA GALVAO LOPES 29/08/2006 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARCIA GALVAO CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA 18-Número no CRO 1673 19-UF MA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1763624118387 22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 23-Número no CRO 1673 24-UF MA 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS 27-Número no CRO 1673 28-UF MA 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	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
1-0	0	81000065			1	3,40	0,00			28/08/2019		
2-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
3-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
4-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
5-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
6-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
7-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
8-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
9-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
10-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
11-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
12-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
13-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
14-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
15-0	0	84000198			1	3,50	0,00			28/08/2019		
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	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	1 74,00	10,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2018 Helena Sucupira 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2018 Helena Sucupira 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/05/2019 Marcia Galvão Correa 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2019 Helena Sucupira Cirurgião-Dentista CRO/MA 1673