

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

406414
 1 9 / 1 1 / 1 2 / 0 1
 3-Data de Emissão da Guia
 1 7 / 1 1 / 1 2 / 0 1
 4-Data de Autorização
 5-Senha
 AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal
 8068985
 7-Data Validade da Senha
 1 7 / 1 0 / 2 1 / 2 1
 422822
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
 10-0210215324776001001012
 9-Plano
 POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa
 DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome
 JOAO VICTOR CARVALHO BARAI
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano
 ELIANE DE CARVALHO BARAI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
 N
 17-Nome do Profissional Solicitante
 ANDERSON COUTINHO FELICIO
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 12771132321818
 22-Nome do Contratado Excusante
 ANDERSON COUTINHO FELICIO
 23-Número no CRO
 14941
 24-UF
 SC
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Excusante
 ANDERSON COUTINHO FELICIO
 27-Número no CRO
 14941
 28-UF
 SC
 29-Código CBO S
 14941
 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 Guia 42-Assinatura

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 Guia 42-Assinatura
1-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
2-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
3-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
4-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
5-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
6-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
7-01081511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	1,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
8-01081511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8	8,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
9-0108110000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14	0,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
10-010840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
11-010840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
12-010840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
13-010840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	0	15/10/21	✓
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
 44-Tipo de Atendimento
 45-Tipo de Faturamento
 46-Tipo de Faturamento
 47-Valor Total R\$
 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 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(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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 11/15/10/11/21
 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 11/15/10/11/21
 52-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/15/10/11/21
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/15/10/11/21
 54-Data, local e Carimbo da Empresa
 11/15/10/11/21