



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-º Rgb do Anís 406414 3-Dia de Entrada em Guia 03/03/21 4-Dia de Autorização 16/03/21 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8350308 7-Dia Validade da Sentia 01/06/21 489646

8-Número do Contrato 00202518650400005304 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE 11-Dia Validade da Guia 11/11/11 12-Número do Contrato Nacional da Saúde 13-Nome do titular do plano FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS

13-Nome LEONARDO BARROS CARPES DA SILVA 14/06/2008 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome da titular do plano FABIANA CRISTINA BARROS CARPES GOIS DOS

16-Atendimento a RN CAMILA PEDROSO HUPPES 17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA PEDROSO HUPPES 18-Número no CRO 130221 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 45828324829 22-Nome do Contratado Executante CAMILA PEDROSO HUPPES 23-Número no CRO 130221 24-UF SP 25-Nome do Profissional Executante CAMILA PEDROSO HUPPES 26-Número no CRO 130221 27-UF SP 28-Código CBO S 29-Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Frete	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mercado da Guia	42-Valor
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00			31/03/21		
2	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/03/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto de Término do Tratamento 1 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Tratamento 1 46-Tipo de Característica US 1 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Faturada - Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar 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, compreendendo-me a encar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/03/21 Camila P. Huppel 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/21 Camila P. Huppel 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 16/03/21 53-Dia, local e Assinatura do Contratado Empresa 16/03/21

Dra. Camila P. Huppel
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-SP 130.221