



Handwritten signature

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/02/22	4-Data de Autorização 23/02/22	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9619343	7-Data Válida da Sereta 24/05/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 002025444588000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	--

13-Nome THAYSI CRISTINY MANSANO	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA
------------------------------------	----------------------	---

16-Atendimento a RPN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24719336884	22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES	27-Número no CRO 72296	28-UF SP	29-Código CBO S SP	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
---	---------------------------	-------------	-----------------------	---

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
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OM	1	88,00	0,00		S	23/02/22		Francisco
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/02/22		Francisco
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/02/22		Francisco
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/02/22		Francisco
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/02/22		Francisco
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 23/02/22	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 228,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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, 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), foram realizados 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 previstos em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Solicitante 23/02/22	51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista 23/02/22	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Francisco	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---------------	---	---	--	---

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 23/02/22	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente Francisco
--	---