

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2019	4-Data de Autorização 11/04/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852103	7-Data Validade da Sentença 10/04/2021
---------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025317775300001101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/04/2021	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome WAGNER FELIPE DOS SANTOS	20/11/1994	14-Telefone (82) 9191611-31691315	15-Nome do titular do plano WAGNER FELIPE DOS SANTOS
-------------------------------------	------------	--------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RVN	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
----------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1594411038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Código CBO S
--	--	--------------------------	-------------	----------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	0810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		13,4	10,0			11/09/2019		Wagner
2-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
3-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
4-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
5-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
6-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
7-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
8-00	08510001916	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6,1	10,0			11/09/2019		Wagner
9-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
10-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
11-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
12-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
13-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
14-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner
15-00	08400001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		3,5	10,0			11/09/2019		Wagner

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 60,1	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	--------------------------------	-----------------------------	---

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, a serem assim realizado(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
- Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/2019, 20:30 Dra. Kelly Mourao Aguiar CRO-AM 4114	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2019, 20:30 Dra. Kelly Mourao Aguiar CRO-AM 4114	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário/Responsável 11/09/2019, 20:30 Wagner Felipe dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	---	-------------------------------------

Wagner Felipe dos Santos