



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



685156
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2018	4-Data de Autorização 13/10/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006173	7-Data Validade da Seria 12/8/2019
8-Número da Carteira 00202025349489000001010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ROBERTO APARECIDO MONTEIRO			24/10/1971		15-Nome do titular do plano ROBERTO APARECIDO MONTEIRO
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	18-Número no CRO 30530	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNU / CFP 083510789211	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	23-Número no CRO 30530	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI		27-Número no CRO 30530	28-UF PR	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US
1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00
5-00084000198					
6-00084000198					
7-00084000198					
8-00084000198					
9-00084000198					
10-00084000198					
11-00084000198					
12-00084000198					
13-00084000198					
14-00084000198					
15-00084000198					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 140,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2018					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Roberto Aparecido Monteiro CRO-PR 30.530					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2018					
53-Data, local e Contato da Empresa 13/10/2018					

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) 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