

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



2394455
INTERCÂMBIO

1-Registro AVS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2017		4-Data de Autorização 12/10/2017		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14145015		7-Data Validade da Série 12/10/2019	
8-Nome da Carteira 01012012151010656360014184011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ARAUJO DO BRASIL SA JGVA		11-Data Validade da Carteira 12/10/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ORACILIO POTOCHOCKI BORGES		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ORACILIO POTOCHOCKI BORGES							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DALANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER		18-Número no CRO 25146		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1466657118000101061		22-Nome do Contratado Encarregado ODONTOCLIN CLINICA INTEGRADA LTDA		23-Número no CRO 25146		24-UF PR		25-Código CNES 4624629			
26-Nome do Profissional Encarregado DALANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER		27-Número no CRO 25146		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 e contrazo. 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.

49-Observação