



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



556591
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2011	4-Data de Autuação 12/10/2011	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8605439	7-Data Validade da Seria 17/10/2011
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01021025137915421010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOICE LUCIANA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOICE LUCIANA DA SILVA
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	18-Número do CRO 137478	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 139618646118510	22-Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ	23-Número no CRO 137478	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ	27-Número no CRO 137478	28-UF SP	29-Código CRO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diário/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0	0	1	8	1	0	0	0	0	1	5			
2	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
3	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
4	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
5	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
6	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
7	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
8	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
9	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
10	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
11	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
12	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
13	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
14	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				
15	0	0	1	8	1	0	0	0	1	5				

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/10/2011	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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, do profissional contratado que assina esse documento, os v. referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado/Profissional Solicitante 20/10/2011 LARA SILVA MILANEZ	51-Data, local e Assinatura do Contratado/Profissional Solicitante 20/10/2011 LARA SILVA MILANEZ	52-Data, local e Assinatura do Contratado/Profissional Solicitante 20/10/2011 JOICE LUCIANA DA SILVA	53-Data, local e Assinatura do Contratado/Profissional Solicitante 20/10/2011 JOICE LUCIANA DA SILVA
---	---	---	---

Dra. Lara Silva Milanez
Cirurgia-Dentista
CRO/SP 137478