



Formulário para você usar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



420911
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/11/11 210	4-Dia de Autorização 19/11/12 10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8061355	7-Dia Validade da Sentença 15/10/12 1211
8-Número da Carteira 0101201250756311010106603	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SOCIEDADE BENEFICENTE SAO	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA TEIXEIRA	20/03/1993	14-Teléfono () 0000000000	15-Nome do titular do plano VALDIRENE APARECIDA COELHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Admissionamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 06540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	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
1-0	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	01	61010
2-					01010
3-					01010
4-					01010
5-					01010
6-					01010
7-					01010
8-					01010
9-					01010
10-					01010
11-					01010
12-					01010
13-					01010
14-					01010
15-					01010
43-Dia Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Admissionamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	61010	101010	1111
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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), terão(s) sido 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					
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2011					
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2011					
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2011					
53-Dia, local e Caimbo da Empresa 11/11/11					