



Registado em 03/03/2004

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



367435
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/10/2012	4-Data de Autorização 10/3/09/12	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7837078	7-Data Validade da Santa 12/9/11/12			
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Telefone () - - - - -			
13-Nome PALOMA PATRICIA FALCHI			15-Data Validade da Carteira 11/1/11/11					
14-Plano PALOMA PATRICIA FALCHI			12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento								
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELI FABIANI	18-Número no CRO 29697	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validade da Carteira 11/1/11/11			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109315295900	22-Nome do Contratado Executante GABRIELI FABIANI	23-Número no CRO 29697	24-UF PR	25-Código CNES	26-Data Validade da Carteira 11/1/11/11			
26-Nome do Profissional Executante GABRIELI FABIANI	27-Número no CRO 29697	28-UF PR	29-Código CBO S	Faturar Empresa				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados								
30-Tabela 1-0085300047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HASD	34-Face 1	35-Qtd 36	37-Autor 0000			
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	0000			
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	0000			
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	0000			
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL							
6-0085300047								
7-0085300047								
8-0085300047								
9-0085300047								
10-0085300047								
11-0085300047								
12-0085300047								
13-0085300047								
14-0085300047								
15-0085300047								
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/2012	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 144,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00				
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) descrito(s) acima, e por mim assinado(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.								
49-Observação								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2012						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2012	53-Data, local e Cartão da Empresa 08/10/2012

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697