



reguladora para odontólogos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



396087
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 16/11/2012	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7959504	7-Data Validade da Semeta 12/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 01020252506020000101	9-Ponto 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 EDSON DE JESUS RIBEIRO MOCZYNSKI	25/12/1975	14-Telefone (14) 21 911713378	15-Nome do titular do plano EDSON DE JESUS RIBEIRO MOCZYNSKI
---	------------	----------------------------------	---

16-Autorização a BN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Questão / CNPJ / CPF 06540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNE S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fios	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Medico da Guise	42- Assinatura
1	010	85.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6.10.0	0.00	1	12/11/2012	1	
2	010	85.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6.10.0	0.00	1	12/11/2012	1	
3	010	85.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6.10.0	0.00	1	12/11/2012	1	
4	010	81.0.0.0.3.0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3.40.0	0.00	1	12/11/2012	1	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 217.00	47-Valor Total R\$ 10.00	48-Total Frequência / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Beneficiário 12/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista 12/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2012	53-Data, local e Cópia da Empresa
--	--	---	-----------------------------------