



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



430142
INTERCÂMBIO

1 Registro AAS 406614		3 Data de Emissão da Guia 12/9/11/1/2/0		4 Data de Autorização 13/10/11/1/2/0		5 Semha AUTORIZADO		6 Número de Guia Principal 8099474		7 Data Validade da Semha 12/7/10/2/1/2/1																																					
8 Nome do Beneficiário 0101210125131832800000010101		9 Sexo POS REDE PRESTADORA		10 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11 Data Validade da Carteira 11/1/1/1/1/1		12 Número do Cartão Nacional de Saúde 1217101211211																																							
13 Nome RITA DE CASSIA LOPES DA SILVA										14 Data de Emissão da Guia 02/01/1990		15 Nome do titular do plano RITA DE CASSIA LOPES DA SILVA																																			
16 Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N												17 Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ		18 Número do CNO 137478		19 UF SP		20 Código CBO S 025 -																													
21 Código em Operadora / CNO / CPF 3191618146118151011												22 Nome do Contratado Excusante LARA SILVA MILANEZ		23 Número no CNO 137478		24 UF SP		25 Código CNES Faturar Empresa																													
26 Nome do Profissional Excusante LARA SILVA MILANEZ												27 Número no CNO 137478		28 UF SP		29 Código CBO S																															
30 Tabela												31 Código do Procedimento 0101811010101615		32 Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33 Dente/Região 11		34 Face 1		35 Qtd 1		36 Quantidade US 341010		37 Valor 101010		38 Franquia Co-participação R\$ 513101411/2011		39 Aut 1		40 Data de Realização 13/10/11/1/2011		41 Motivo da Guia 42 Assinatura															
39 Aut 1												40 Data de Realização 13/10/11/1/2011		41 Motivo da Guia 42 Assinatura																																	
43 Data Prevista Término do Tratamento 11/1/1/1/1/1												44 Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência		45 Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial		46 Total Quantitativo US 341010		47 Valor Total R\$ 101010		48 Total Franquia Co-participação R\$ 101010																											
49 Observações 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os v. referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																															
50 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/11/1/1/2011												51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/11/1/1/2011												52 Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/10/11/1/1/2011												53 Data, local e Assinatura da Empresa 13/10/11/1/1/2011											