

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

396341
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
13/10/11 1211

6-Número da Guia Principal
7960441

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
17/11/10 1210

3-Data de Emissão da Guia
15/11/10 1210

Cartão do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025060657000384402
10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira
11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MONICA PATRICIA SANTOS OLIVEIRA
14-Telefone
() 0000000000
15-Nome do titular do plano
NELCI BATISTA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
18-Número no CRO
112913
19-JF
SP
20-Código CBO S
21-Código no CRO
112913
22-Nome do Contratado Executante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
23-Número no CRO
112913
24-JF
SP
25-Código CNES
26-Código CBO S
112913
27-Número no CRO
112913
28-JF
SP

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD	1	1	36,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE	1	1	36,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE	1	1	36,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID	1	1	36,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
6-00082000859	EXODONTIA DE RAIZ		35	1	1	73,00		0,00		23/10/2011	Mezzette
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento
20/12/11
44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
251,00
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. Dedo, 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, 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
23/11/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
23/11/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
23/11/2011