



Barração para OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



469707
INTERCÂMBIO

1- Registro AS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/04/2012	4- Data de Autorização 10/05/2012	5- Setor AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8267085	7- Data Validação da Guia 10/05/2012
8- Número da Carteira 01012012501809260000009011	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa LUBRIFICANTES RAVANELLO LTDA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome CLAUDIA APARECIDA GONCALVES BATISTA	14- Telefone ()	15- Nome do titular do plano CLAUDIA APARECIDA GONCALVES BATISTA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16- Atendimento a PR N	17- Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18- Número no CRO 30197	19- UF PR	20- Código CRO S	
21- Código na Operadora (CNPJ) / CNF 010154011369119	22- Nome do Contratado Exequante BARBARA STACHERA	23- Número no CRO 30197	24- UF PR	25- Código CNES () 85100200	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
26- Nome do Profissional Exequante BARBARA STACHERA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Face	35- Qtd
1- 00	08511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1
2- 00	08511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1
3- 00	08511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1
4- 00	08400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HSAD	1	1
5- 00	08400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1
6- 00	08400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1
7- 00	08400011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1
8- 00	0810000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
9- 00					
10- 00					
11- 00					
12- 00					
13- 00					
14- 00					
15- 00					
43- Data Previsto Término do Tratamento	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 3184,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$
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/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 10/3/12	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/3/12	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012	53- Data, local e Cópia da Empresa		