



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AR



604239
INTERCÂMBIO

1-Atendimento em	4-Data de Emissão da Guia	5-Sentença	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Sentença
406414	10/11/07/12/11	AUTORIZADO	8763802	12/9/10/9/12/11

8-Número da Carteira	9-Tipo	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00020251113130004101011	POS REDE PRESTADORA	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	JULIANA TUSSET	

13-Nome	21/05/1982	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA TUSSET		()	JULIANA TUSSET

16-Atendimento a RNI	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 5
N	BARBARA STACHERA	30197	PR	

21-Código da Operadora / CNPJ / CNP	22-Nome de Contato do Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
065401136919	BARBARA STACHERA	30197	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO 6	30-Franchisa / Participação R\$
BARBARA STACHERA	30197	PR		

31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mat	42-Mat
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	I	1	6100				10/11/07/12/11		
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6100				10/11/07/12/11		
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3500				10/11/07/12/11		
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3500				10/11/07/12/11		
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3500				10/11/07/12/11		
6-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3500				10/11/07/12/11		
7-0008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400				10/11/07/12/11		
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	129610		

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) 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Contato da Empresa
10/11/07/12/11	10/11/07/12/11	10/11/07/12/11	

Dra. Barbara Stachera

Cirurgia Dentista

CRO 30197