



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

341



1-Registro AINS 406414	2-Data de Emissão do Guia 11/4/11 12/12/10	3-Série AUTORIZADO	4-Número do Guia Principal 8142610	5-Data Validade da Série 11/4/10 13/12/11
---------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

440289
INTERCÂMBIO

6-Nome do Beneficiário JOSSIMARA MOREIRA MEDINA	7-Data de Nascimento 01/11/1986	8-Endereço POS REDE PRESTADORA	9-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Endereço JHONES TEODORO DE JESUS
--	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--

11-Endereço do Consultório

12-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON	13-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON
--	--

14-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON	15-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON
--	--

16-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON	17-Endereço do Consultório THIAGO MALBAR MOSCON
--	--

18-Endereço do Consultório

20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Dente/Região	24-Face	25-Clin	26-Quantidade US	37-A/M	38-Frequência/Contingência/R\$	39-Ant	40-Estado de Realização	41-Válido da Classificação
1-10	018110000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00		S	15	12,00
2-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	10,00		S	15	12,00
3-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	10,00		S	15	12,00
4-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	10,00		S	15	12,00
5-10	018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	10,00		S	15	12,00
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Dados Gerais: 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											
1174,00											
47-Menor Total R\$											
10,00											
48-Total Faturado / U.C.-Sintópica, R\$											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de 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), todoforam, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Profissional Assistente

Assinatura do Profissional Assistente

Assinatura do Profissional Assistente

Assinatura do Profissional Assistente

JOSSIMARA MOREIRA MEDINA