

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

347972
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/11/2012

6-Número da Guia Principal
7745879

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/10/2012

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-020202519774300050803

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

COCAMAR COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

KATIUCHA MANNA BELLASALMA

17-Nome do Profissional Solicitante

KATIUCHA MANNA BELLASALMA

18-Número no CRO

14428

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10219046197011

22-Nome do Contratado Executante

KATIUCHA MANNA BELLASALMA

23-Número no CRO

14428

24-UF

PR

25-Código CNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26-Nome do Profissional Executante

KATIUCHA MANNA BELLASALMA

27-Número no CRO

14428

28-UF

PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-01081100000651

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

11

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

34,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

04/10/2012

40-Data de Realização

04/10/2012

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

2-01081530000471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11

36,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

3-01081530000471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11

36,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

4-01081530000471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11

36,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

5-01081530000471

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

11

36,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

6-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

17

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

7-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

16

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

8-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

26

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

9-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

36

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

10-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

37

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

11-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

46

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

12-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

25

61,00

0,00

04/10/2012

04/10/2012

13-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

14-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

15-01081510001961

RESTAURAÇÃO RESINA

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/11

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico

45-Urgência/Emergência

46-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$

60,15

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, 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), 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação
. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/10/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11

Dra. Katiucha Manna Bellasalma

CIRURGIÃO DENTISTA

CRO-PR 14.428

Dr. Vitor Louwinghe