



Intercâmbio para 2007

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



337310
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	2-Dado de Emissão da Guia 11/01/2010	3-Data de Autorização 11/01/2010	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7686595	6-Data Vencida da Guia 10/01/2010
---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

7-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 010121021531079991000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Vencida da Carteira 11/01/2010	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome CLAUDINEI SABOIA	24/02/1970	14-Tabeleiro ()	15-Nome do Titular do plano CLAUDINEI SABOIA
-----------------------------	------------	---------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Adiantamento a R\$ N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE

18-Número no CBO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11718711488128	22-Nome do Contratado Específico DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CBO 46356	24-UF SP	25-Código CNES Envier - RX	26-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100218
---	---	---------------------------	-------------	-------------------------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Família/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Exclusão	42-Assinatura
1	01018110100310	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00			11/01/2010		
2	01018110102010	RESTAURAÇÃO RESINA		OV	1	8,8	10,00			11/01/2010		
3	01018110102010	RESTAURAÇÃO RESINA		MO	1	8,8	10,00			11/01/2010		
4	01018110101916	RESTAURAÇÃO RESINA		O	1	6,1	10,00			11/01/2010		
5	01018110102010	RESTAURAÇÃO RESINA		MP	1	8,8	10,00			11/01/2010		
6	01018110102118	RESTAURAÇÃO RESINA		PDV	1	12,2	10,00			11/01/2010		
7	01018110102010	RESTAURAÇÃO RESINA		MO	1	8,8	10,00			11/01/2010		
8	01018110102010	RESTAURAÇÃO RESINA		OD	1	8,8	10,00			11/01/2010		
9	01018110102118	RESTAURAÇÃO RESINA		ODP	1	12,2	10,00			11/01/2010		
10	01018110102118	RESTAURAÇÃO RESINA		MDV	1	12,2	10,00			11/01/2010		
11	01018110101916	RESTAURAÇÃO RESINA		L	1	6,1	10,00			11/01/2010		
12	01018110101916	RESTAURAÇÃO RESINA		L	1	6,1	10,00			11/01/2010		
13	01018110101916	RESTAURAÇÃO RESINA		L	1	6,1	10,00			11/01/2010		
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2010	44-Tipo de Adiantamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ultrapulsa/Energiática	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11084,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Famílias / Co-participação R\$ 0,00
--	--	--	------------------------------------	----------------------------	---

Declaramos que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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 e Assinatura do Consultado-Odontolife Solicitante 08/01/2010	51-Data e Assinatura do Operador-Odontolife 08/01/2010	52-Data e Assinatura de Responsabilidade 08/01/2010	53-Data e Assinatura do Carimbo da Empresa 08/01/2010
---	---	--	--

Prof. Dr. Denise Fantoni Orefice