



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



581751
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/06	4-Data de Autorização 11/11/06	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8689714	7-Data Validade da Sentença 10/09/09
8-Número da Carteira 10102012533478800000001021					
9-Nome do Beneficiário CRISTIANE SALETE MITZKO DOS SANTOS					
10-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 15/05/1992					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome POS REDE PRESTADORA					
14-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA					
15-Nome do titular do plano BRUNO RAFAEL DOS SANTOS					
16-Adesão a RN BARBARA STACHERA					
17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA					
18-Número no CNO 30197					
19-UF PR					
20-Código CBO S 025 -					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0654011369119					
22-Nome do Contratado Excitante BARBARA STACHERA					
23-Número no CNO 30197					
24-UF PR					
25-Código CBO S 025 -					
26-Nome do Profissional Excitante BARBARA STACHERA					
27-Número no CNO 30197					
28-UF PR					
29-Código CBO S 025 -					

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anu	40- Data de Realização	41- Motivo da Oclusa	42- Assinatura
1	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00	0,00	1	24/11/06	x	fratadura
2	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00	0,00	1	24/11/06	x	fratadura
3	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00	0,00	1	24/11/06	x	fratadura
4	010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00	0,00	1	24/11/06	x	fratadura
5	010	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00	1	24/11/06	x	fratadura
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcial	117,40	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, 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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/06/11 24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/06/11/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/06/11/24 x fratura	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---