



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/1*

463046
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 405414	2-Dados de Emissão da Guia 12/17/10/1/1/2/1/1	3-Data de Autorização 12/18/10/1/1/2/1/1	4-Sexo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8238939	6-Data Validade da Guia 12/17/10/1/1/2/1/1
7-Data de Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025346881000000101	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome WANESSA CRISTINA TIRELLI		14-Telefone 08/12/1999	15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular, plano WANESSA CRISTINA TIRELLI	
17-Dados de Ocorrência Relacionados pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	20-Número no CRO 12547	21-UF DF	22-Código CBO E 025	23-Faturar Empresa
24-Código da Ocorrência - CNPq / CFP 00561113591167	25-Nome do Contratado Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA	26-Número no CRO 12547	27-UF DF	28-Código CBO S	
29-Nome do Profissional Executante ISADORA BARREIRA DA ROCHA					
30-Plano de Tratamento - Procedimento Solucionado					
31-Matéria	32-Descrição	33-Sintoma/Requisito	34-Paciente	35-CBO	36-Quantidade US
1-000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-000810000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		
3-000810000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		
4-000810000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		
5-000810000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		
6-000000000000					
7-000000000000					
8-000000000000					
9-000000000000					
10-000000000000					
11-000000000000					
12-000000000000					
13-000000000000					
14-000000000000					
15-000000000000					
37-Data de Término do Tratamento 28/10/11	38-Tipo de Atendimento 1-Inservação Odontológico 2-Quase Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia/Ortopedia	39-Tipo de Faturamento 1-Valor 2-Preço	40-Total Quantidade US 1718,00	41-Valor Total R\$ 0,00	42-Tipo Financeiro - Coparticipação R\$
Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, compreendendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e estar com os custos previstos em contrato, declarando, ainda que o(s) procedimento(s) acima e por ele assinado(s), foi(ram) realizado(s) em meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
43-Comprovado					
44-Data e Assinatura do Contratado Solicitante 28/10/11					
45-Data e Assinatura do Contratado Executante 28/10/11					
46-Data e Assinatura do Beneficiário 28/10/11					
47-Data e Assinatura do Operador 28/10/11					