

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



337999
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/03/2017 4-Data de Autorização 15/07/2017 5-Senha AUTORIZADO 7699146 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Senha 11/11/2017

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202506065700491202 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome HENRIQUE BOMFIM DUTRA 05/04/1969 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CARMEN LUCIA SILVA DUTRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 112913 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ CFE 10815129991660 22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 112913 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 112913 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			22/10/2017		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			29/10/2017		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			29/10/2017		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			29/10/2017		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			29/10/2017		
6-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00			27/07/2017		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/07/20 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 251,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração, 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, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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

Suellem Mezzette de Oliveira

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

27/10/2017 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista

27/10/2017 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista

27/10/2017 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista

27/10/2017 Suellem Mezzette de Oliveira Cirurgia - Dentista