



Parâmetros para nota fiscal

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



355965
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2011	4-Data de Autorização 11/12/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7783545	7-Data Validade da Guia 11/12/2011
---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 01012012512444791000236013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARAUJO FOREST BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/12/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome KAKY CARVALHO DOS SANTOS	14-Relação ()	15-Nome do titular do plano JOSE JUCIMAR FERREIRA DOS SANTOS
-------------------------------------	-------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	18-Número no CRO 46356	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171871418828	22-Nome do Contratado Excludente DENISE FANTON OREFICE	23-Número no CRO 46356	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Excludente DENISE FANTON OREFICE	27-Número no CRO 46356	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Operação	33-Dente Região	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	13,5,10,10	0,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10		
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	13,5,10,10	0,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10		
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	13,5,10,10	0,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10		
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	13,5,10,10	0,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/12/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10,10
--	--	---	--------------------------------------	--------------------------------	---

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, comprometendo-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), foi(ram) realizado(s) no 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-Operante	50-Carteira Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/2011	51-Carteira Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2011	52-Dupl. Local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/12/2011	53-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	54-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011
-------------	--	--	---	---	---

55-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	56-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	57-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	58-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	59-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011	60-Data, Local e Campo da Empresa 11/12/2011
---	---	---	---	---	---