

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



843034
INTERCÂMBIO

1-Registro A NS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Senha AUTOFIZADO	6-Número da Guia Principal 9478135	7-Data Validade da Senha 18/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202544859100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		
13-Nome VINICIUS SILVA DAS NEVES		14-Telefone (812) 88457185		15-Nome do titular do plano WANILCE BEZERRA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KAIO AZEDO LEITE		18-UF AM		
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 0001181212151		23-Número no CRC 4602		25-Código tipo CHES 24-UF AM	
26-Nome do Profissional Exorçante KAIO AZEDO LEITE		27-UF AM		29-Código tipo S 28-UF AM	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regiões	34-Faixa	35-Qtd
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	111341001010001	1	1	1
2-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
3-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
4-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
5-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
6-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
7-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
8-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
9-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
10-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
11-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
12-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
13-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
14-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
15-00184000198	PROFIAXIA: POLIMENTO	111351001010001	1	1	1
43-Data Projeção Término do Tratamento 18/10/2012					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência					
45-Valor Total R\$ 1174,00					
46-Valor Total R\$ 1174,00					
47-Valor Total R\$ 1174,00					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, coloco a assinatura de tratamento, com o intuito de cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. (cedo, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina essa documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 18/10/2012 Dr. Kaio Medeiros	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2012 Dr. Kaio Medeiros	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/10/2012 Kaio Medeiros	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/10/2012 Dental Uni Cooperativa
--	--	--	--