



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

463048
INTERCÂMPIO

1-Registro ANB 408444	2-Endereço Encomenda da Guia [2][7][0][1][1][2][1]	3-Data de Autenticação [2][8][0][1][1][2][1]	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8238942	6-Data Validade da Guia [2][7][0][4][1][2][1]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][3][4][8][8][1][0][0][0][0][1][0][2]	9-Endereço POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional do Saúde	
13-Nome MARILDA TEIXEIRA TIRELLI		14-Data 17/02/1970	15-Telefone []-[]-[]-[]-[]-[]	16-Nome do Insured plano WANESSA CRISTINA TIRELLI	
Dados do Operador Responsável pelo Tratamento					
17-Identificação e RPA N	18-Nome do Profissional Responsável ISADORA BARREIRA DA ROCHA	19-Número no CRC 12547	20-UF DF	21-Código CBO E 325	Faturar Empresa
22-Código da Operadora / CNPJ / CPF [0][5][6][1][1][3][5][9][1][8][7]	23-Nome do Controlador Exercente ISADORA BARREIRA DA ROCHA	24-Número no CRC 12547	25-UF DF	26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Responsável ISADORA BARREIRA DA ROCHA		28-Número no CRC 12547	29-UF DF	30-Código CBO E	

31-Processo	32-Código do Procedimento	33-Ser/Nº do Tratamento	34-Endereço	35-UF	36-Cidade/Estado/UF	37-Valor	38-Preço/Contratação R\$	39-UF	40-UF do Beneficiário	41-Mês de Cessão Autenticação
1-0101810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA									
2-0101813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE								
3-0101813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID								
4-0101813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD								
5-0101813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE								
6-0101813000047										
7-0101813000047										
8-0101813000047										
9-0101813000047										
10-0101813000047										
11-0101813000047										
12-0101813000047										
13-0101813000047										
14-0101813000047										
15-0101813000047										

42-Data de Término do Tratamento 28/06/2011	43-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Diagnóstico 3-Ortodontia 4-Ortopedia/Ortopedia	44-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Valor Total R\$ [1][7][8][0][0]	46-Valor Total R\$ [0][0][0]	47-Tipo de Faturamento / Coparticipação R\$
--	--	---	---------------------------------------	---------------------------------	---

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 cumprir as orientações do profissional responsável e atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com 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.

48-Comentário

49-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 28/06/2011, [Assinatura]	50-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/06/2011, [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/06/2011, [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/06/2011, [Assinatura]
---	---	---	---

53-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/06/2011, [Assinatura]	54-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 28/06/2011, [Assinatura]
---	---