

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N

426059
INTERCÂMBIO[illegible]

Formulário de Tratamento / Procedimento Solicitado												
30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CM	36-Quantidade US	37-Veloc	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Datas de Realização	41-Motivo da Ocorr	42-Assinatura
1-0-0	8-1-0-0-0-0-3-0	CONSULTA ODONTOLÓGICA										
2-0-0	8-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	47,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
3-0-0	8-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
4-0-0	8-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
5-0-0	8-5-3-0-0-0-4-7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
6-1		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Datas Previstas: Termino do Tratamento: 14/11/2011												
44-Tipo de Atendimento: 1-1-Tratamento Convencional 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Pagamento: 1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US: 1347,00												
47-Valor Total R\$: 10,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$: 0,00												
Declaram, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos sem qualquer ônus ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Assinatura do Paciente: _____												
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 14/11/2011 _____												
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/11/2011 _____												
52-Dia, local e Assinatura do Assistente de Odontologia: 14/11/2011 _____												