



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364436
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sonda
12/4/11 11/12/01

6-Número da Guia Principal
7823222

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/7/10 18/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/6/10 8/12/01

14-Data de Emissão da Guia
12/6/10 8/12/01

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GUSTAVO DE FREITAS CORDEIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GEISLAINE APARECIDA DE FREITAS
--	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S 112913	21-Código CNES 112913	22-UF SP	23-Código CBO S 112913	24-UF SP	25-Código CBO S 112913	26-UF SP	27-Código CBO S 112913	28-UF SP	29-Código CBO S 112913	30-UF SP	31-Código CBO S 112913	32-UF SP	33-UF SP	34-UF SP	35-UF SP	36-UF SP	37-UF SP	38-UF SP	39-UF SP	40-UF SP	41-UF SP	42-UF SP	43-UF SP	44-UF SP	45-UF SP	46-UF SP	47-UF SP	48-UF SP	49-UF SP	50-UF SP	51-UF SP	52-UF SP	53-UF SP	54-UF SP	55-UF SP	56-UF SP	57-UF SP	58-UF SP	59-UF SP	60-UF SP	61-UF SP	62-UF SP	63-UF SP	64-UF SP	65-UF SP	66-UF SP	67-UF SP	68-UF SP	69-UF SP	70-UF SP	71-UF SP	72-UF SP	73-UF SP	74-UF SP	75-UF SP	76-UF SP	77-UF SP	78-UF SP	79-UF SP	80-UF SP	81-UF SP	82-UF SP	83-UF SP	84-UF SP	85-UF SP	86-UF SP	87-UF SP	88-UF SP	89-UF SP	90-UF SP	91-UF SP	92-UF SP	93-UF SP	94-UF SP	95-UF SP	96-UF SP	97-UF SP	98-UF SP	99-UF SP	100-UF SP
--------------------------	---	----------------------------	-------------	---------------------------	--------------------------	-------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	---------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

33-Quantidade US 1	34-Face 0	35-Qtd 1	36-Valor 161,00	37-Valor 161,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 12/09/2010	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura S
-----------------------	--------------	-------------	--------------------	--------------------	---	-------------	-------------------------------------	---------------------------------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade US	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	1	0	1	161,00	161,00	0,00	S	12/09/2010	S
2-00181000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4	10,00	10,00	0,00	S	12/09/2010	S
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 195,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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/foram 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/2010	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2010	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/09/2010
---------------	---	---	--