

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



451486
INTERCÂMBIO

1-Relatório AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/11/01/11/211	4-Dia de Autorização 11/12/11/01/11/211	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186018	7-Dia Validação da Guia 11/11/01/11/211
---------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012101215111413181310101010110131	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa METZLER CIA LTDA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIA MOLERI METZLER	25/01/2013	14-1 Telefone (11) 315121316121918	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR METZLER	

16-Abandono a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	22-Nome do Contratado Exatante BARBARA STACHERA	18-Número no CNO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0161514101131619119111	25-Nome do Profissional Exatante BARBARA STACHERA	22-Número no CNO 30197	23-Número no CNO 30197	24-UF PR	25-Código CNEB 29-Código CBO S

Filho de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental Regio	34- Fone	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	0101814101011121	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ		11		7610101		01010101		1512131011011011		
2	010181110101013101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		31410101		01010101		1512131011011011		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1111010101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
---	---	--	--------------------------------------	-------------------------------	---

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) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/12/11/01/12/11	51-Dia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/12/11/01/12/11	52-Dia local e Assinatura do Beneficiário 01/12/11/01/12/11	53-Dia local e Canto da Empresa 11/11/11/11/11
---------------	--	--	--	---