



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2m



388713
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/2012	4-Data de Autorização 03/11/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929109	7-Data Validade da Guia 31/12/2012							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020253185770000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11									
13-Nome ELIEIDY VIEIRA MARTINS DALPRA												
22-Data Validade do Boleto do plano 22/11/2012												
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025	21-Código CHES Faturar Empresa							
21-Código na Operadora CRO / CPF 06540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CBO S	26-Código CHES							
28-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA												
27-Número no CRO 30197												
29-UF PR												
26-Código CBO S												
25-Código CHES												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
2-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
3-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
4-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6.1.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
5-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	6.1.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
6-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
7-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
8-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
9-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	0.0.0.0	
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
49-Observação												
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 assistente a ficar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (x) (procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s)), (ou) 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.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												