



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



566752  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                      |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/7/10 5/12/11 | 4-Data de Autorização<br>13/1/10 5/12/11 | 5-Senha<br>CONCLUÍDO | 6-Número da Guia Principal<br>8639935 | 7-Data Validade da Senha<br>12/5/10 8/12/11 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                     |                                |                                      |                                               |                                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>100202025371159000001010101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/1/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |            |                              |                                                                 |
|---------------------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GUILHERME MIRANDA ARAUJO ISZCZUK | 09/05/1992 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>GUILHERME MIRANDA ARAUJO ISZCZUK |
|---------------------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                       |                                                                        |                           |                 |                 |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                              | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI | 18-Número no CRO<br>30530 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08351078921                    | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI    | 23-Número no CRO<br>30530 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI | 27-Número no CRO<br>30530                                              | 28-UF<br>PR               | 29-Código CBO S |                 |                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição    | 33-Dente/Região       | 34-Face | 35-Qtd | 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 1 0 0 0 0 3 0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |         | 1      | 3 4 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 2-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD    | 1      | 3 5 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 3-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID    | 1      | 3 5 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 4-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE    | 1      | 3 5 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 5-0       | 0                         | 8 4 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE    | 1      | 3 5 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 6-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46 O    | 1      | 6 1 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 7-0       | 0                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA    | 11 P    | 1      | 6 1 0 0          | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/11/06              | 21                 |               |
| 8-1       |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1       |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1      |                           |                 |                       |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                                                                                                            |                                             |                                     |                            |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>2 9 6 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/11/10 Dr. Luana C. S. Gaiari

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/11/10 Sr. Isckan

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/11/10 Sr. Isckan

53-Data, local e Assinatura do Profissional de Saúde

31/11/10 Dr. Rosal e Klant

.. FONE: (44) 3056-1019  
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR