



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

463237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 11/2 11	4-Data de Autorização 13/10/11 11/2 11	5-Sigla AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8239788	7-Data Validada da Senha 12/7/10 11/2 11
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 3 5 0 6 1 7 0 0 0 0 0 1 0 3	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALAN FRANCISCO GALVAO DE LEMOS	08/11/2003	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GESIANE SUELI DE LEMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IMAXE - RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 22265	19-UF PR	20-Código CRO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10101631121531910141111	22-Nome do Contratado/Executante VALDECIR TESTA JUNIOR	23-Número no CRO 22265	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante VALDECIR TESTA JUNIOR		27-Número no CRO 22265	28-UF PR	29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Total Frequentes / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	7 8 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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), 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.

49-01500-0000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	Dr. Valdeci Costa Junior	30/10/11	
	30/10/11	30/10/11	