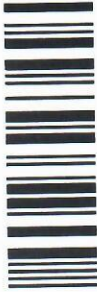




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



345062
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/17/12/01	4-Data de Autorização 12/8/10/17/12/01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7733085	7-Data Validade da Serinha 12/1/10/1/2/01
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020253086900001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde GISELE APARECIDA BARBOSA CAETANO
13-Nome HELOA VITORIA BARBOSA DE ALMEIDA	14-Teléfono (11) 996815237	15-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	16-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	17-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1

18-Número no CRO 29322	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08939293959111	22-Número no CRO 29322	23-Código CNES 29322
24-UF PR	25-Código CBO S 29322	26-UF PR

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
1-001082000883		FRENULECTOMIA LABIAL	1	1	1	212100	0,10	0,10	1	12/10/12	20/10/12
2-001081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3400	0,10	0,10	1	12/10/12	20/10/12
3-001084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	7210	0,10	0,10	1	12/10/12	20/10/12
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 Previsão Término do Tratamento 20/10/12	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-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 318,00	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 no 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 de Crúgiac-Dentista Solicitante 20/10/12	51-Data, local e Assinatura de Crúgiac-Dentista 20/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 20/10/12
---	---	---	--

Dra. Danizeti Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR: 29322