



399478
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 19/11/2012 4-Data de Autorização 12/6/11 5-Sentença CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 7972668 7-Data Validade da Sentença 17/10/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202511686500008601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUDMILA TODERO DUARTE 01/11/1989 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUDMILA TODERO DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 18-Número no CRO 26829 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1091241449116 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 23-Número no CRO 26829 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 27-Número no CRO 26829 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	6,10,0	0,0,0	0,0,0	S	01/11/12	0	live
2-0-0	8-5-1-0-0-1-9-6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	6,10,0	0,0,0	0,0,0	S	01/11/12	0	live
3-1												
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 Previsto 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\$							
12/11/12	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	10,00								

Decisão, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/12 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12 53-Data, local e Carteira Empresa 12/11/12

Dra. Ana Carolina Machado
Cirurgiã Dentista
CRO PR 26829

Dra. Ana Carolina Machado
Cirurgiã Dentista
CRO PR 26829

Roni e Klami
Cirurgiã Dentista
CRO PR 26829

OPERAÇÃO 3056-
RUA DE JACUÍRO, 4316 - JACUÍRO
CEP: 87.601-300 - Umuarama - PR