

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



427747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/0	4-Data de Autorização 10/1/11 2/2/0	5-Semeta CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8089988	7-Data Validade da Semeta 12/3/10 2/2/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 0 0 4 6 9 0 0 0 5 5 4 0 1	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CRED DE LIVRE ADMIS	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome ARTHUR ANTONIO BETANIN	13/06/1993	14-Telefone () 9 1 0 9 1 9 7 2 5	15-Nome do Titular do plano ARTHUR ANTONIO BETANIN
-----------------------------------	------------	--------------------------------------	---

16-Adm. em nome de RN ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	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 10 9 2 4 1 4 4 9 1 6	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
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Guise	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4 0 0	0,00		0,00			
2-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
7-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
12-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
13-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
14-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			
15-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8			1	3 5 0 0	0,00		0,00			

43-Data Provisão Termino do Tratamento 1/1/11 1/1/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-------------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/1/11 11/2/0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/1/11 11/2/0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/1/11 11/2/0	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente a arcar com os custos previstos em contrato 10/1/11 11/2/0
---	---	---	--

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 obrigações do profissional assistente a 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.

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

Dra. Ana Carolina Machado
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 26829

Dra. Ana Carolina Machado
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 26829

Proxi e Filant
Odontologia Especializada
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-350 - UVAIRAMA PR