



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



380198  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                                         |                       |                                       |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/09 11:20 | 4-Data de Autorização<br>12/13/09 11:20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7890751 | 7-Data Validade da Senha<br>12/01/12 12:01 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                     |                                |                                          |                                          |                                       |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>101020125261287810000111011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>R S SISTEMAS E INFORMATICA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                     |            |                              |                                                         |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>DOUGLAS PEREIRA TEIXEIRA | 22/02/1993 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do Titular do plano<br>DOUGLAS PEREIRA TEIXEIRA |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                         |                           |             |                          |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>GABRIELI FABIANI | 18-Número no CRO<br>29697 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S<br>025 - |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------|

|                                                         |                                                      |                           |             |                |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1093115291901011 | 22-Nome do Contratado Executante<br>GABRIELI FABIANI | 23-Número no CRO<br>29697 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                        |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>GABRIELI FABIANI | 27-Número no CRO<br>29697 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO S |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Denteregio | 34-Face | 35-Clid | 36-Quantidade US | 37-Avaliar | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Gota | 42-Atenuar |
|-----------|---------------------------|-------------------------|---------------|---------|---------|------------------|------------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|------------|
| 1-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE          | 1       | 1       | 36,00            | 0,00       | 513110911201                    | 1      | 12/11/09              | 1                 | 1          |
| 2-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE          | 1       | 1       | 36,00            | 0,00       | 513110911201                    | 1      | 12/11/09              | 1                 | 1          |
| 3-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID          | 1       | 1       | 36,00            | 0,00       | 513110911201                    | 1      | 12/11/09              | 1                 | 1          |
| 4-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD          | 1       | 1       | 36,00            | 0,00       | 513110911201                    | 1      | 12/11/09              | 1                 | 1          |
| 5-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 6-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 7-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 8-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 9-010     | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 10-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 11-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 12-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 13-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 14-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |
| 15-010    | 853001047                 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |               |         |         |                  |            |                                 |        |                       |                   |            |

|                                                          |                                                                                                              |                                              |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/11/09 11:20 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Toda 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>144,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

## 49-Observação

|                                                                                 |                                                                                     |                                                                                     |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/11/09 11:20 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/09 11:20 Gabriel Fabiani | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/09 11:20 Douglas | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>12/11/09 11:20 Pato Soares |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

Dra. Gabrieli Fabiani  
Cirurgiã Dentista  
CRO PR 29697