



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



594890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2016	4-Data de Autorização 23/11/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8732808	7-Data Validade da Guia 21/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Data de Beneficiário

8-Número da Carteira 010120121518877810101010110121	9-Filho POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 121110191211
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome PEDRO ZELLA MARTINS	22/12/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAMILA ZELLA
--------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 065401136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1-0	018	040	019	8						25/10/2016		Camila
2-0	018	040	019	8						25/10/2016		Camila
3-0	018	040	019	8						25/10/2016		Camila
4-0	018	040	019	8						25/10/2016		Camila
5-1										25/10/2016		Camila
6-1										25/10/2016		Camila
7-1										25/10/2016		Camila
8-1										25/10/2016		Camila
9-1										25/10/2016		Camila
10-1										25/10/2016		Camila
11-1										25/10/2016		Camila
12-1										25/10/2016		Camila
13-1										25/10/2016		Camila
14-1										25/10/2016		Camila
15-1										25/10/2016		Camila

43-Data Previsto Término do Tratamento	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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 em contrato. Declino, ainda que (x) 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 25/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2016	53-Data, local e Canto da Empresa 25/10/2016
---	---	---	---



Indicadores para o seu perfil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



584427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 11/05/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8698680	7-Data Validade da Série 11/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Numero da Carteira 00020253887780000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome PEDRO ZELLA MARTINS	22/12/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAMILA ZELLA
--------------------------------	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN BARBARA STACHERA	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Numero no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
---	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06540136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES	Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Numero no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	008300089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	1	73,00	0,00	0,00	5	18/06/2012		Camila Zella
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 173,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), voltaram 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 11/05/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012	53-Data, local e Canto da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dra. Barbara Stachera
Cirurgiã Dentista
Camila Zella
90-PR 30197