



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



367539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/09/12/01	4-Data de Autorização 12/06/11/10/12/01	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7837696	7-Data Validade da Senha 13/10/11/11/12/01
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	---

367539
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02/15/11/06/05/00/02/23/01/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde JOICE DOS PRAZERES SILVA
--	--------------------------------	---	---	---

13-Nome JOICE DOS PRAZERES SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOICE DOS PRAZERES SILVA
-------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	18-Número no CRO 26829	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNU / CPF 109241444916	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	23-Número no CRO 26829	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
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-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 Guia	42-Assinatura
1	0101820000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	18		1	7,3,0,0	0,0,0,0		S	01/11/11/2,0		JOICE
2	0101820000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	28		1	7,3,0,0	0,0,0,0		S	01/11/11/2,0		JOICE
3	010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4,0,0	0,0,0,0		S	01/11/11/2,0		JOICE
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
18,0,0,0												
47-Valor Total R\$												
0,0,0,0												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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. 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 do Operador Domínio Profissional 13/11/10 Curitiba, PR 26829 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgia Dentista CRO-PR 26829	51-Data, local e Assinatura do Cuidado-Dentista 12/11/10 Curitiba, PR 26829 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgia Dentista CRO-PR 26829	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 Curitiba, PR 26829 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgia Dentista CRO-PR 26829	53-Data, local e Assinatura do Operador 12/11/10 Curitiba, PR 26829 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgia Dentista CRO-PR 26829
---	--	--	--

AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR