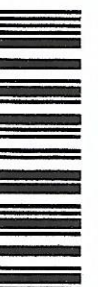




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Dia do Emissão da Guia 11/2/10 4/12/11	4-Dia de Autorização 10/3/10 5/12/11	5-Sessão CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8473421	7-Dia Validade da Sessão 11/1/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

520990
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 4 2 7 5 6 0 0 0 2 4 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMPANHIA DE TECNOLOGIA DA	11-Dia Validade da Carteira 11/1/10 17/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEAN MARCELL TRENTO	30/04/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ADRIANA KIRSTEN GARCIA GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 8 3 5 1 0 7 8 9 2 1	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI
26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	27-Número no CRO 30530
	28-UF PR
	29-Código CBO S
	18-Número no CRO 30530
	19-UF PR
	20-Código CBO S
	24-UF PR
	25-Código CNES
	26-Código CBO S
	27-Número no CRO 30530
	28-UF PR
	29-Código CBO S
	30-UF PR
	31-UF PR
	32-UF PR
	33-UF PR
	34-UF PR
	35-UF PR
	36-UF PR
	37-UF PR
	38-UF PR
	39-UF PR
	40-UF PR
	41-UF PR
	42-UF PR
	43-UF PR
	44-UF PR
	45-UF PR
	46-UF PR
	47-UF PR
	48-UF PR
	49-UF PR
	50-UF PR
	51-UF PR
	52-UF PR
	53-UF PR
	54-UF PR
	55-UF PR
	56-UF PR
	57-UF PR
	58-UF PR
	59-UF PR
	60-UF PR
	61-UF PR
	62-UF PR
	63-UF PR
	64-UF PR
	65-UF PR
	66-UF PR
	67-UF PR
	68-UF PR
	69-UF PR
	70-UF PR
	71-UF PR
	72-UF PR
	73-UF PR
	74-UF PR
	75-UF PR
	76-UF PR
	77-UF PR
	78-UF PR
	79-UF PR
	80-UF PR
	81-UF PR
	82-UF PR
	83-UF PR
	84-UF PR
	85-UF PR
	86-UF PR
	87-UF PR
	88-UF PR
	89-UF PR
	90-UF PR
	91-UF PR
	92-UF PR
	93-UF PR
	94-UF PR
	95-UF PR
	96-UF PR
	97-UF PR
	98-UF PR
	99-UF PR
	100-UF PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 10 0	0,00	0,00	0,30	0 5 12 1		
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 10 0	0,00	0,00	0,30	0 5 12 1		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 10 0	0,00	0,00	0,30	0 5 12 1		
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 10 0	0,00	0,00	0,30	0 5 12 1		
5	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 10 0	0,00	0,00	0,30	0 5 12 1		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

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(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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/10 5/12/11	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/10 5/12/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 5/12/11	53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 5/12/11
--	--	--	--

Rosie e Klant
Odontologia Especializada
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR