



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



385134
INTERCAMBIO

32-QUILATES PARA XODS 3001F

1.º Registro ANS 406414 3.º Data de Emissão da Guia 12/09/2012 4.º Data de Autorização 30/09/2012 5.º Sessão AUTORIZADO 6.º Número da Guia Principal 7914027 7.º Data Validade da Sessão 12/11/2012 12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8.º Nome da Carteira 00020125113437000000010101012 9.º Plano POS REDE PRESTADORA 10.º Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11.º Data Validade da Carteira 12/11/2012 12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

13.º Nome EDER DE QUADROS DE SOUZA 12/03/1990 14.º Telefone 351224781 15.º Nome do titular do plano ANGELA MARIA NOVAKOWSKI

Dados do Contratado - Responsável pelo Tratamento

16.º Atendimento a RN N 17.º Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA 18.º Número no CRO 30197 19.º UF PR 20.º Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF 006540136919 22.º Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA 23.º Número no CRO 30197 24.º UF PR 25.º Código CBO S

26.º Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA 27.º Número no CRO 30197 28.º UF PR 29.º Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela	31.º Código do Procedimento	32.º Descrição	33.º Dente/Região	34.º Face	35.º CUI	36.º Quantidade US	37.º Valor	38.º Franquia/Co-participação R\$	39.º Aut	40.º Data de Realização	41.º Motivo da Doença	42.º Assinatura
1.	00	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
2.	00	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
3.	00	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
4.	00	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
5.	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
6.	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
7.	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
8.	00	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	0,00	12/09/2012		
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43.º Data Previsto Término do Tratamento 44.º Tipo de Atendimento 1.º Tratamento Odontológico 2.º Exame Radiológico 3.º Ortopedia 4.º Urgência/Emergência 45.º Tipo de Faturamento 1.º Total 2.º Parcial 46.º Total Quantidade US 384,00 47.º Valor Total R\$ 0,00 48.º 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), foram realizado(s) com meu consentimento e da 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.º Observação

50.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/09/2012 51.º Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/09/2012 52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 09/10/2012 53.º Data, local e Cópia da Empresa