



685120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2015 4-Data de Autorização 13/11/2015 5-Semana AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 9006144 7-Data Validade da Semana 12/8/2015

8-Numero da Carteira 10/02/2015 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE 11-Data Validade da Carteira 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JULIA VICTORIA NEVES DA SILVA 08/12/2015 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PRISCILA LUIZA MENEZES NEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 18-Numero no CRO 30530 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1083510789211 22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 23-Numero no CRO 30530 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI 27-Numero no CRO 30530 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Telesia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Rugilo	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	1	8	4	0	0	0	9	0			
		APLICAÇÃO TOPICA DE FLUOR				1	1	7	2	0	0	Priscila
2-0	0	1	8	1	0	0	0	3	0			
		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	1	3	4	0	0	Priscila
3-0	0	1	8	1	0	0	0	1	4			
		CONDICIONAMENTO EM				1	1	7	0	0	0	Priscila
4-0	0	1	8	4	0	0	0	7	4			
		APLICAÇÃO DE SELANTE DE				1	1	4	9	0	0	Priscila
5-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
6-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
7-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
8-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
9-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
10-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
11-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
12-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
13-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
14-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			
15-0	0	1	8	1	0	0	0	0	0			

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 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Luana C.S. Gaiari
Cirurgiã Dentista
CRP 30.530