



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



685326
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2015	4-Data de Autopreenço 13/01/2015	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9006355	7-Data Validada da Sentença 12/01/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 002025116865000216402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Validada da Carteira 13/01/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13110181211
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome BENJAMIN HENRIQUE DUARTE DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano BEATRIZ TROMBINI DUARTE DA SILVA
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08351078921	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	23-Número no CRO 30530	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 83000127-64 (1) 85100200 (1) 83000127-64 (1) 85100200
--	---	---------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	27-Número no CRO 30530	28-UF PR	29-Código CBO S (1) 83000127-74 (1) 85100200
---	---------------------------	-------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teclat	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cliv	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 4 0 0 0 0 9 0			1	7 2	0 0	0 0				Beatriz
2-0	0	8 1 0 0 0 0 1 4			1	7 0	0 0	0 0				Beatriz
3-0	0	8 3 0 0 0 0 1 2 7			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
4-0	0	8 3 0 0 0 0 1 2 7			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
5-0	0	8 3 0 0 0 0 1 2 7			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
6-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
7-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
8-0	0	8 5 1 0 0 0 2 0 0			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
9-0	0	8 5 1 0 0 0 2 0 0			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
10-0	0	8 5 1 0 0 0 2 0 0			1	1 0 5	0 0	0 0				Beatriz
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 8 4 3 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 apresentado, 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/2015 Cirurgiã Dentista CRO-PR 30.530	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/2015
---	---	---	---