



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



574087
INTERCÂMBIO

INSTRUÇÕES PARA O USUÁRIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/06 11:21	4-Data de Autorização 10/17/06 11:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8664460	7-Data Validade da Senha 10/12/09 11:21
-----------------------	--	--------------------------------------	--------------------	------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0002002507574700005102 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cadastro Nacional de Saúde |

13-Nome TIAGO WILKOS LEMOS

05/12/1987

14-Telefone

15-Nome do titular do plano DANIELE CAMILLO

16-Endereço a RN BARBARA STACHERA 17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA | 18-Número no CRO 30197 | 19-UF PR | 20-Código CBO S 025 - |

21-Código na Opertura / CNPJ / CPF 06540136919 22-Nome do Contratado Exatante BARBARA STACHERA | 23-Número no CRO 30197 | 24-UF PR | 25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218 (1) 85100200 |

26-Nome do Profissional Exatante BARBARA STACHERA 27-Número no CRO 30197 | 28-UF PR | 29-Código CBO S |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8.5.1.0.0.2.1.8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOV	1	1.2.2.0.0	0.0.0.0				
2-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0				
3-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0				
4-0	0	8.5.1.0.0.1.9.6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6.1.0.0	0.0.0.0				
5-0	0	8.5.1.0.0.2.0.0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	8.8.0.0	0.0.0.0				
6-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0				
7-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0				
8-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0				
9-0	0	8.4.0.0.0.1.9.8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3.5.0.0	0.0.0.0				
10-0	0	8.1.0.0.0.0.6.5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3.4.0.0	0.0.0.0				

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Utilização Emergência	

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 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 Declarante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cambio da Empresa
12/01/06 11:21	12/01/06 11:21	12/01/06 11:21	

CRQ-PR 30197