



403967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 01/210	4-Data de Autorização 12/6/11 01/210	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7992245	7-Data Validade da Senha 12/11/01 11/211
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

Dados do beneficiário

8-Número da Carteira 010121021532312160000011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
ANGELICA RAMOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

29/06/1993

14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano ANGELICA RAMOS DA SILVA
--------------------	--

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

18-Número no CRO
26829

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONPU / CPF
091241444916

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

23-Número no CRO
26829

24-UF
PR

25-Código CNES
Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

27-Número no CRO
26829

28-UF
PR

29-Código CBO S
(1) 85100200
(1) 85100200

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-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
2-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
3-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
4-00	0853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
5-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	1	8,80	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
6-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	MO	1	1	8,80	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
7-00	0851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	1	8,80	0,00	0,00	1	11/11/2011	Angélica	
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14,08	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

Decido, 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. Decido, 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

12/3/11 01/210

Dra. Ana Carolina Machado

Odontologista
CRO-PR 26829

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/2/11 01/210

Dra. Ana Carolina Machado

Odontologista
CRO-PR 26829

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/3/11 01/210

53-Data, local e Carimbo de Registro

12/3/11 01/210

Odontologia - Especializada

CNPJ 34.299.807/0001-60

Robson e Trianit

AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR