



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

436835
INTERCÂMBIO

Data Validade da Senha
10/08/2013

G-Número da Guia Principal
8127640

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/05/2012 12:01

ata de Emissão da Guia
0181112112101

3-	Registro ANS 10611
----	-----------------------

1-Endereço do Beneficiário 0 0 2 0 1 2 5 3 3 3 9 8 1 0 1 0 0 0 1 0 1		6-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome SOLANGE GASPAR GUIMARAES CALATRONE		03/06/1993		14-Telefone (_ _) _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano SOLANGE GASPAR GUIMARAES CALATRONE			

17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		18-Número no CRO 94101		19-UJF SP		20-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		23-Número no CRO 94101		24-UJF SP		25-Código CNES	
11-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1175162181897		27-Número no CRO 94101		28-UJF SP		29-Código CBO S	
16-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR							

[illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Falramento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Coparticipação R\$
1/1	1/1	1-Tratamento Odontológico	1-Total	2	1	
1/1	1/1	2-Exame Radiológico	2-Parcial	9	0	
1/1	1/1	3-Ortodontia		3	0	
1/1	1/1	4-Urgência/Emergência		0	0	

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 contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s).

48-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 Assinatura do Responsável

Av. São João, 473 - Fátima - Curitiba - PR - 81220-000

CRO 9470