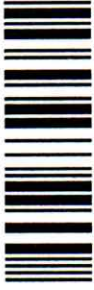


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

376885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2011 09:12:01	4-Data de Autorização 11/07/2011 09:12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878200	7-Data Validade da Sentença 11/05/2011 12:12:01
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 100202531811180000010103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LETICIA CRISTINA CORREIA DOS SANTOS	
13-Nome JULIA WOLF	11/01/2011			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 14428	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KATIUCHA MANNA BELLASALMA	23-Número no CRO 14428	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1027904611970111	22-Nome do Contratado Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA	27-Número no CRO 14428	28-UF PR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			33-Quantidade US	34-Valor	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0018110000065	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	1	34,00	0,00	0,00		13/09/2011	Letícia
2-0018410000090	2	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	7,20	1	7,20	0,00	0,00		13/09/2011	Letícia
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1106,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
---	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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), 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 11/09/2011 Katiucha Manna Bellasalma	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2011 Letícia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2011 Letícia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---