



Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



528613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/04/12/11	4-Data de Autorização 12/3/01/04/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8503423	7-Data Validação da Sentença 11/9/01/01/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Criança 010202253032246000008021	9-Pais POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAFAEL ROQUE FREITAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome
ANTONIO EDUARDO PORTELA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CNO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNO / CPF 01063401136919	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CNO 30197	24-UF PR	25-Código CBO S 025 - Enviar - RX (1) 85100218

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA STACHERA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Face	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-01018511002181	RESTAURAÇÃO RESINA	83	ML	1	1	121000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
2-0101851100119161	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	1	611000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
3-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
4-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
5-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
6-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
7-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
8-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
9-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
10-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
11-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
12-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
13-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
14-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11
15-0101840100119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	351000	010000	112131/01/12/11	11	11/11/11	11	11

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Enfermagem	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidades US 13,231,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	--------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) (descrição) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 12/31/01/11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/01/11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/01/11/12/11	53-Data, local e Crambo da Empresa 11/11/11
--	--	--	--