

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359588  
INTERCÂMBIO7-Data Validade da Senha  
11/11/116-Número da Guia Principal  
77997525-Senha  
AUTORIZADO4-Data de Autorização  
11/09/083-Data de Emissão da Guia  
11/09/081-Registro ANS  
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202511695200006201

13-Nome

VAGNER VALTER SANCHES

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

MUNICÍPIO DE FLORESTA

14-Telefone

( ) - - - - -

11-Data Validade da Carteira

- - - - - / - - - - - / - - - - -

15-Nome do titular do plano

VAGNER VALTER SANCHES

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

08905018904

18-Número no CRO

28624

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(IF) 85200158-16

22-Nome do Contratado Executante

PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES

23-Número no CRO

28624

24-UF

PR

25-Código CNES

- - - - -

26-Nome do Profissional Executante

PAMHELA AGUERO BABETTO MENDES

27-Número no CRO

28624

28-UF

PR

29-Código CBO S

- - - - -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-008100065

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

11

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

3400

37-Valor

000

38-Franquia/Co-participação R\$

000

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

2-008100065

TRATAMENTO ENDODONTICO

16

1

53300

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

3-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

4-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

5-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

6-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

7-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

8-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

9-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

10-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

11-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

12-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

13-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

14-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

15-008100065

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

3400

000

000

000

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

1-008100065

43-Data Previsão Término do Tratamento

- - - - - / - - - - - / - - - - -

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

56700

47-Valor Total R\$

000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

000

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) 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

- - - - - / - - - - - / - - - - -

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/10/09

Dra. Pamela A. B. Mendes

CRO: 28 624

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

- - - - - / - - - - - / - - - - -

53-Data, local e Carimbo da Empresa

- - - - - / - - - - - / - - - - -