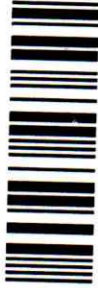


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

366009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2011		4-Data de Autorização 04/10/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7830482		7-Data Validade da Senha 12/06/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 100202125310007000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa THAISA CARLA DA SILVA JOAQUIM		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano THAISA CARLA DA SILVA JOAQUIM		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -	
13-Nome RAFAEL PARUCCI		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KATIUCHA MANNA BELLASALMA		18-Número no CRO 14428		19-UF PR		24-UF PR		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0279041611970		22-Nome do Contratado Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA		23-Número no CRO 14428		24-UF PR		25-Código CNES		28-UF PR		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante KATIUCHA MANNA BELLASALMA		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Ord	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Ord		36-Quantidade US	
1-0001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		3400		0100		37-Valor	
2-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		3600		0100		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		3600		0100		39-Aut	
4-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		3600		0100		40-Data de Realização	
5-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6-0001853000047												43-Total Franquia / Co-participação R\$	
7-0001853000047												44-Total Franquia / Co-participação R\$	
8-0001853000047												45-Total Franquia / Co-participação R\$	
9-0001853000047												46-Total Franquia / Co-participação R\$	
10-0001853000047												47-Valor Total R\$	
11-0001853000047												48-Total Franquia / Co-participação R\$	
12-0001853000047												49-Total Franquia / Co-participação R\$	
13-0001853000047												50-Total Franquia / Co-participação R\$	
14-0001853000047												51-Total Franquia / Co-participação R\$	
15-0001853000047												52-Total Franquia / Co-participação R\$	

43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		178,00		0,00	
<p>Dedico, 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.</p>											
<p>49-Observação</p>											
<p>50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista</p>											
<p>51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista</p>											
<p>52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável</p>											
<p>53-Data, local e Assinatura da Empresa</p>											

Dr. Katiucha Manna Bellasalma

CIRURGIÁ DENTISTA
CRO-PR 14.428