

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



307955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/04 12/01/04	4-Data de Autorização 12/08/04 12/01/04	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7523377	7-Data Validada da Senha 12/01/07 12/01/07
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa PLENA SERVICOS DE COBRANCAS		11-Data Validada da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002020251185115000012011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome MAYARA TOMIKO INAGAKI		14-Telefone (1414) 9965181251	
15-Data 31/12/1989		16-Plano POS REDE PRESTADORA		17-Data Validada da Carteira 11/11/11		18-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		15-Número no CRO 14428		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
16-Mendicamento a RN KATIUCHA MANNA BELLASALMA		23-Número no CRO 14428		24-UF PR		25-Código CNES			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0021790046197011		22-Nome do Contratado Excutante KATIUCHA MANNA BELLASALMA		26-UF PR		27-Código CBO S			
26-Nome do Profissional Excutante KATIUCHA MANNA BELLASALMA		27-Número no CRO 14428		28-UF PR		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura		
1-0	08100000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	27/04/20		maiores		
2-0	08153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	27/04/20		maiores		
3-0	08153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	27/04/20		maiores		
4-0	08153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	27/04/20		maiores		
5-0	08153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	27/04/20		maiores		
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 12/03/04 12/01/04 Katiucha Manna Bellasalma	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/03/04 12/01/04 Katiucha Manna Bellasalma	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/03/04 12/01/04 Katiucha Manna Bellasalma	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/03/04 12/01/04 Katiucha Manna Bellasalma
--	--	--	--