



Tratamento para toda vida

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



451484  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                        |                                       |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/11/2014 | 4-Data de Autorização<br>11/12/2014 | 5-Semina<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8186017 | 7-Data Validade da Semina<br>11/11/2014 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                                 |                                 |                                |                                            |                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10120125111438300000105 | 9-Função<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>METZLER CIA LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/2014 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                        |                                                         |                                 |                                                    |                                   |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 13-Nome<br>LAIS MOLERI METZLER                         | 07/11/2014                                              | 14-Telefone<br>(11) 31512316298 | 15-Nome do titular do plano<br>PAULO CESAR METZLER |                                   |
| 16-Atendimento a RN<br>N                               | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>BARBARA STACHERA | 18-Número no CRO<br>30197       | 19-UF<br>PR                                        | 20-Código CRO S<br>025 -          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>06540136919     | 22-Nome do Contratado Executante<br>BARBARA STACHERA    | 23-Número no CRO<br>30197       | 24-UF<br>PR                                        | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>BARBARA STACHERA | 27-Número no CRO<br>30197                               | 28-UF<br>PR                     | 29-Código CRO S                                    |                                   |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
|-------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição               | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Gênes | 42-Assinatura |
| 1-0                                             | 0851100196                | RESTAURAÇÃO RESINA         | 54              | V       | 11     | 161,00           | 0,00     |                                 | S      | 01/03/2014            |                    |               |
| 2-0                                             | 0851100196                | RESTAURAÇÃO RESINA         | 75              | O       | 11     | 161,00           | 0,00     |                                 | S      | 01/03/2014            |                    |               |
| 3-0                                             | 0851100196                | RESTAURAÇÃO RESINA         | 85              | O       | 11     | 161,00           | 0,00     |                                 | S      | 01/03/2014            |                    |               |
| 4-0                                             | 08100030                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA      |                 |         | 11     | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/03/2014            |                    |               |
| 5-0                                             | 084000112                 | APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ |                 |         | 11     | 76,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/03/2014            |                    |               |
| 6-1                                             |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1                                             |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1                                             |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1                                             |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1                                            |                           |                            |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |                                                                |                                                                     |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>293,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |                                                                |                                                                     |                                                  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |                                                                |                                                                     |                                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante<br>10/12/2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 | 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista<br>10/12/2014 | 52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável<br>10/12/2014 | 53-Data, local e Cambio da Empresa<br>11/11/2014 |