



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



404744
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 10/12/01	4-Data de Autorização 12/6/11 10/12/01	5-Santa CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7995083	7-Data Validade da Santa 12/4/10 11/2/11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 1010202153126250000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELAINE XAVIER BEZERRA	26/06/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SEBASTIAO DEYANILDO GOLLO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1092414449116	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	27-Número no CRO 26829
18-Número no CRO 26829	19-UF PR
23-Número no CRO 26829	24-UF PR
25-Código CBO S 025 -	26-Código CNES Enviar - RX
27-Número no CRO 26829	28-Código CBO S (1) 85100218 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura	
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26 OD	1		88,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
7-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25 ODV	1		122,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16 DO	1		88,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17 O	1		61,00	0,00		S	01/11/2011		ELAINE	
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto 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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1533,00	10,00	

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), (foram realizados) 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 12/11/11 01/11/11 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgiã Dentista CRO-PR 26829	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 01/11/11 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgiã Dentista CRO-PR 26829	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 12/11/11	53-Data, local e Assinatura do Emprego Especializada 12/11/11 12/11/11 FONE: (44) 3056-1000 AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2 CEP 87.501-360 - Umuarama - PR
--	--	--	--