



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



461868
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/06/2015	4-Dia de Autorização 12/06/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232910	7-Dia Validade da Senha 12/06/2015
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201251247139100083013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PORMADE PORTAS DE MADEIRAS	11-Dia Validade da Carteira 12/06/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome KAUA DE SOUZA TWARDOWSKI	15/04/2015	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DAIANA APARECIDA DE SOUZA
-------------------------------------	------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 106541011369119	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densidade	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Gêsa	42-Assinatura
1	01084010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
2	01084010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
3	01084010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
4	01084010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	35	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
5	01084010112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ	1	1	76	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
6	01081100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34	10	10,00	10,00	1	12/06/2015	1	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/11	1-1: Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	1250,00	0,00	1,00

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), tiveram 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/1012/1215	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/1012/1215	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/1012/1215	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	------------------------------------