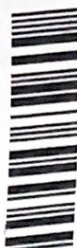


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



604212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/07/12/11	4-Dia de Autorização 10/11/07/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8763792	7-Dia Validade da Guia 12/9/10/9/12/11
8-Atividade da Clínica 010202021511131310040101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES	11-Dia Validade da Clínica 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Atividade LUIZA TUSSET CALIXTRO	24/06/2014	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIANA TUSSET		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Societário BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100200	
21-Código da Operação / CNPJ / CPF 0654013691919	22-Nome do Contratado Exatante BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CHES 26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Exatante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S		

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental Regio	34- Fases	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Alf	40- Data de Realização	41- Mês da Clínica	42- Assinatura
1-0	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA				34	10,00			10/10/07		
2-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OM		8	10,00			10/10/07		
3-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	52			6	10,00			10/10/07		
4-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	53			6	10,00			10/10/07		
5-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	64			6	10,00			10/10/07		
6-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	63			6	10,00			10/10/07		
7-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	74			6	10,00			10/10/07		
8-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	75			6	10,00			10/10/07		
9-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	84			6	10,00			10/10/07		
10-0	01	RESTAURAÇÃO RESINA	83			6	10,00			10/10/07		
11-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			3	5,00			10/10/07		
12-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			3	5,00			10/10/07		
13-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			3	5,00			10/10/07		
14-0	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			3	5,00			10/10/07		
15-0	01											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 75,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

Assinatura do Paciente

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista-Societário 01/11/08/12/11	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/08/12/11	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/08/12/11	53-Dia, local e Curoto da Empresa 11/11/11/11/11
---	--	--	---

Dra. Barbara Stacher