

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



397615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 10:12:01	4-Data de Autorização 12/04/11 10:12:01	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7965691	7-Data Validade da Senha 11/04/11 11:21:11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0101210125121010469101011731011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CRED DE LIVRE ADMIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS ARALDI	30/03/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCAS ARALDI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	18-Número no CRO 26829	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01912141141449116	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	23-Número no CRO 26829	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	26-Número no CRO 26829	27-UF PR	28-Código CBO S

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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	81001030				CONSULTA ODONTOLÓGICA						
2-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
3-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
4-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
5-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
6-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
7-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
8-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
9-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
10-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
11-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
12-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
13-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
14-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						
15-0	0	84001198				PROFILAXIA: POLIMENTO						

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			

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/11/01/2011 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgiã Dentista CRO-PR 26829	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/11/01/2011 Dra. Ana Carolina Machado Cirurgiã Dentista CRO-PR 26829	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11/01/2011 Rosa e Rianne	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/11/01/2011 Rosa e Rianne
---	---	--	--

Rosa e Rianne
Odontologia Especializada
CNPJ 34.293.007/0001-60
FONE: (44) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4312 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMANAIA - PR