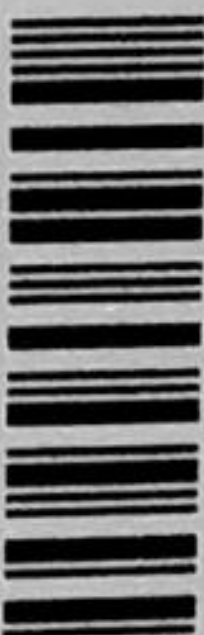




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



328884
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 12/3/06/2/20	4-Data de Autorização 10/1/07/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7657388	7-Data Validade da Senha 12/1/09/12/0							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202511783800068701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome SIRLEI DALPONTE	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIRLEI DALPONTE										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH	18-Número no CRO 27939	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09825842962	22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH	23-Número no CRO 27939	24-UF PR	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante ANDRESSA RENATA RECH	27-Número no CRO 27939	28-UF PR	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	/ /		Sirlei
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00		S	/ /		Sirlei
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00		S	/ /		Sirlei
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00		S	/ /		Sirlei
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00		S	/ /		Sirlei
6-00										/ /		
7-00										/ /		
8-00										/ /		
9-00										/ /		
10-00										/ /		
11-00										/ /		
12-00										/ /		
13-00										/ /		
14-00										/ /		
15-00										/ /		
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
178,00												
47-Valor Total R\$												
10,00												
48-Total Frangia / Co-participação R\$												
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.												
49-Observações												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante												
/ /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
/ /												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável												
/ / X Sirlei												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												
/ /												