



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1361674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2013	4-Data de Autorização 13/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10959611	7-Data Validade da Senha 04/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202554572800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUZIA INOCENCIO RAFAEL		14-Telefone 27/06/1976	15-Nome do titular do plano LUZIA INOCENCIO RAFAEL		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 782161168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-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 Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00					<i>X Luzia</i>
2-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00					<i>X Luzia</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 assine 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 Contratado Responsável <i>Bilinda de Paula Rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante <i>Ana Paula Rosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Luzia Inocencio Rafael</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <i>Dra. Ana Paula Rosa</i> CRO 9485
---------------	---	--	--	---

Antônia
DR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1363405
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2013	4-Data de Autorização 11/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10965219	7-Data Validade da Senha 01/06/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202554301000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARILDA FERREIRA MARTINS		14-Telefone 30/06/1961 () -	15-Nome do titular do plano WELLINGTON MARTINS PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcandimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB	Enviar - RX (IF) 85200140-25
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO 8	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
30-Tabela	31-Código do Procedimento													32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US				37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$				39-Aut	40-Data de Realização				41-Motivo da Glosa				42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
1-	0	0	8	5	2	0	0	1	4	0				TRATAMENTO ENDODONTICO	25		1			3	3	3	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alandimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 33300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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(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.

49-Observação	50-Dados, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Ana Paula Rosa	51-Dados, local e Assinatura do Profissional Contratado Dr. Ana Paula Rosa	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Wellington Martins Pinto	53-Dados, local e Assinatura da Empresa Dental Uni Cooperativa
---------------	--	---	--	---

Dr. Ana Paula Rosa
Cirurgia Dentista
CRO 9485