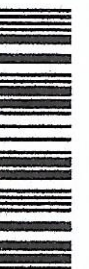




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



670870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 01/09/2011	5-Semana CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8883354	7-Data Válida da Semana 28/10/2011
8-Número da Carteira 010120251168651010270011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Válida da Carteira 11/11/11
13-Nome ALLINE AMALIO VALENTE SANTANA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALLINE AMALIO VALENTE SANTANA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	18-Número no CRO 30530	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0183510789211	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	23-Número no CRO 30530	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	27-Número no CRO 30530	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-010185110011918 2-01018511002118	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 25 011611010 26 OMV 11221010	34-Face 11	35-Cid 121010	36-Fratura/Co-participação R\$ 30-Aux 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura
31-Código do Procedimento		37-Moer			
38-Fratura/Co-participação R\$					
39-Aux					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Guia					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 118131010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(s) realizado(s) com meu consentimento e da 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/01/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/01/2011		

Dra. Luana C. S. Gaiari
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30.530