



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 3 9 5 9 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dados Validade da Carteira / /	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome FERNANDA STEFANY RIBEIRO	14-Telefone 30/03/2014	15-Nome do titular do Plano LUANA ANGEL DE ARAUJO
--	----------------------------------	---

[illegible][illegible][illegible][illegible]

49- Observatório	
50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/10 12/11/12 AL	51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/10 12/11/12 AL
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/10 12/11/12 71	53-Dado, local e Cambio na Empresa 11/11/11 11/11/11

[Signature]

Quano A. Aueq

53-Dala, local e Carmo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



465848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2014	4-Data de Autorização 11/11/14	5-Serina AGUARDANDO TOKEN DO	6-Numero da Guia Principal 8251018	7-Data Validade da Serina 12/09/2014
--------------------------	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00020253139590000001021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/14	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 11/11/14
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Plano

FERNANDA STEFANY RIBEIRO	30/03/2014	14-Telefone (11) 1814217133215	15-Nome do Titular do plano LUANA ANGEL DE ARAUJO
--------------------------	------------	-----------------------------------	--

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Numero no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
---------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006154011369119	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Numero no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Assinatura
1-0	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	71	1	1	173,00	0,00			28/10/14		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/14	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 Quantitativo US 0,00	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 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 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-Quaseção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/14	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/14
---	---	---	---