



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4x



517566
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 14/12/11	4-Data de Autorização 10/12/10 14/12/11	5-Semana AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8460417	7-Data Validade da Semana 10/12/10 17/12/11
8-Numero da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 0 8 9 8 2 1 0 0 0 3 4 0 2			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MADEPAR S A INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira 11/12/11 11/12/11
13-Nome ERICIDIA SANTOS DA SILVA			25/10/1996	14-Telefone (11) 3 5 5 1 2 1 1 2 9 1 1	15-Nome do titular do plano VANDERLEI JAREMCHUK
16-Atendimento a RVN N			17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Numero no CBO 30197	19-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CBO / CPF 0 6 5 4 0 1 3 6 9 1 9			22-Nome do Contratado Exatante BARBARA STACHERA	23-Numero no CBO 30197	24-UF PR
26-Nome do Profissional Exatante BARBARA STACHERA			27-Numero no CBO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	3 4 0 0	0 0 0 0
2-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	3 5 0 0	0 0 0 0
3-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	3 5 0 0	0 0 0 0
4-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5 0 0	0 0 0 0
5-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5 0 0	0 0 0 0
6-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
7-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
8-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
9-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
10-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
11-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
12-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
13-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
14-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
15-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8					
43-Dura Previsto Termina 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	1-1 2-Parcial	1 7 4 0 0	0 0 0 0	
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, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 12/12/10 12/11					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 12/12/10 14/12/11					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/10 14/12/11 Ericidia Santos da Silva					
53-Data, local e Cessão da Empresa 11/12/11 11/12/11					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/17/10 14/12/11

4-Data de Autorização
10/17/10 14/12/11

5-Semina
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8460417

7-Data Validade da Semina
10/18/10 17/12/11

517566
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira

01012101251018191812110101013410121

9-Prato

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

MADEPAR S A INDUSTRIA E

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ERCIDIA SANTOS DA SILVA

25/10/1996

14-Telefone

(11) 31515121121911

15-Nome do titular do plano

VANDERLEI JAREMTCHUK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RUI

N

17-Nome do Profissional Solicitante

BARBARA STACHERA

22-Nome do Contratado Executante

BARBARA STACHERA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

016151410113161911911

28-Nome do Profissional Executante

BARBARA STACHERA

23-Número no CRO

30197

24-UF

PR

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabula

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Diagnóstico

34-Face

35-QD

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Morfo da Obra 42-Assinatura

1-0101811010101310

CONSULTA ODONTOLÓGICA

11

1

34

10,010

0,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

2-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

3-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

4-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

5-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

6-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

7-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

8-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

9-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

10-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

11-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

12-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

13-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

14-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

15-01018141010101918

PROFILAXIA: POLIMENTO

11

1

35

10,010

10,010

5112101010101010

5112101010101010

5112101010101010

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Atendimento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidades US

1174,010

47-Valor Total R\$

10,010

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) 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

13/10/10 14/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/10/10 14/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/12/10 14/12/11

53-Data, local e Cambio da Empresa

Erécida Santos da Silva