



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



3-Data de Emissão da Guia 15/07/2012 4-Data de Autorização 29/07/2012 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7707881 7-Data Validade da Serinha 13/10/2012

339868 INTERCAMBIO

8-Plano POS REDE PRESTADORA

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Plano POS REDE PRESTADORA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano SANDRA ORTEGA CORDEIRO MARQUES

16-Número no CRO 27939

17-Data Validade da Serinha

18-Número no CRO 27939

19-Código CBO S

20-Código CHES

21-Código CBO S

22-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH

23-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH

24-UF PR

25-UF PR

26-UF PR

27-UF PR

28-UF PR

29-UF PR

30-UF PR

31-UF PR

32-UF PR

33-UF PR

34-UF PR

35-UF PR

36-UF PR

37-UF PR

38-UF PR

39-UF PR

40-UF PR

41-UF PR

42-UF PR

43-UF PR

44-UF PR

45-UF PR

46-UF PR

47-UF PR

48-UF PR

49-UF PR

50-UF PR

51-UF PR

52-UF PR

53-UF PR

54-UF PR

55-UF PR

56-UF PR

57-UF PR

58-UF PR

59-UF PR

60-UF PR

61-UF PR

62-UF PR

63-UF PR

64-UF PR

65-UF PR

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 Clima	42-Assinatura
0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6,10,00	10,00					
0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,10,00	10,00					
0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,10,00	10,00					
0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	6,10,00	10,00					

11-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total US	48-Valor Total R\$	49-Franquia/Co-participação R\$
11-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total US	48-Valor Total R\$	49-Franquia/Co-participação R\$

50-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 ato. 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, os honorários e valores inerentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 56-Data, local e Carimbo da Empresa

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 59-Data, local e Carimbo da Empresa

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

Vila residencial

Foz de Iguaçu PR