



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
20/10/2011

4-Data de Autoração
01/10/2011

5-Sentença
CONCLUÍDO

6-Número da Guia Principal
8878813

7-Data Validade da Sentença
21/11/2011

670865
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira
01012012151168165010121691012

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIAO OESTE PARANAENSE DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MIQUEIAS DA SILVA DE FREITAS

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MARLEIDE DA SILVA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

17-Nome do Profissional Solicitante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

18-Número no CRO
30530

19-UF
PR

20-Código CBO's
025 -

21-UF
PR

22-Código CBO S
Faturar Empresa

23-Código na Operadora / CNU / CPF
018351107189211

24-Nome do Contratado Executante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

25-Número no CRO
30530

26-UF
PR

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

29-Número no CRO
30530

30-UF
PR

31-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- CBU	36- Quantidade US	37- Valor	38- Faturado/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	010	8510101916	RESTAURAÇÃO RESINA	16	01	61,00	0,00	0,00			30117	Miqueias
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Tratamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Faturado / 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 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 Grupo-Dentista Solicitante

01/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/10/2011

53-Data, local e Caminho da Empresa

01/10/2011

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