

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



670862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 12/01/08 11:21		4-Data de Autuação 01/11/09 12:11		5-Semeta CONCLUIDO		6-Número da Guia Principal 8878694		7-Data Validade da Semeta 21/11/01 12:11																																																																																																																																																																									
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																			
8-Número da Carteira 010120121536191812010101010101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																																																																																																																																																																											
13-Nome DEBORA CRISTHINA RAMOS MOTA				08/08/1996				14-Telefone () - - - - -																																																																																																																																																																											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																																																																																																																																																			
16-Atendimento a RV 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																																																																																																																																																																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08351078921		22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI		23-Número no CRO 30530		24-UF PR		25-Código CNES		26-Código CBO S																																																																																																																																																																									
28-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI																																																																																																																																																																																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																			
30-Tabela 1-010851100196		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Figado 11		34-Fase V		35-Cui 1		36-Quantidade US 161100																																																																																																																																																																									
37-Valor 10100		38-Franquia/Co-participação R\$ 5		39-AUI 130117		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia		42-Assinatura																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												2												3												4												5												6												7												8												9												10												11												12												13												14												15											
2																																																																																																																																																																																			
3																																																																																																																																																																																			
4																																																																																																																																																																																			
5																																																																																																																																																																																			
6																																																																																																																																																																																			
7																																																																																																																																																																																			
8																																																																																																																																																																																			
9																																																																																																																																																																																			
10																																																																																																																																																																																			
11																																																																																																																																																																																			
12																																																																																																																																																																																			
13																																																																																																																																																																																			
14																																																																																																																																																																																			
15																																																																																																																																																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 61100		47-Valor Total R\$ 10100		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1																																																																																																																																																																									
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 c(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ão) 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 01/10/01/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/01/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/01/21		53-Data, local e Caimbo da Empresa 01/10/01/21																																																																																																																																																																													

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