



Integrando para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/014/12/11	4-Data de Autorização 12/01/014/12/11	5-Serina AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 6503000	7-Data Validação da Serina 11/9/017/12/11
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

528506
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 010121021521016131517101010101710131	9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADOS GLORIA LTDA	11-Data Validado da Carteira 11/01/01/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	-------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome SIMONE DE FATIMA PERICH MARQUES

18/11/1991

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
HENRIQUE JOSE MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Numero no CNO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1016151410131619119111	22-Nome do Contratado Executante BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNEB Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
---	--	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante
BARBARA STACHERA

27-Numero no CNO
30197

28-UF
PR

29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	11	61,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
2-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	11	61,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
3-0101	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PV	11	81,800	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
4-0101	8511002100	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VP	11	81,800	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
5-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	11	61,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
6-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	11	61,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
7-0101	8511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	L	11	61,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
8-0101	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		11	35,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
9-0101	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		11	35,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
10-0101	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		11	35,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
11-0101	8401001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		11	35,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
12-0101	8110010130	CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	314,100	0,00	0,00	11	12/01/014/12/11	11	
13-0101												
14-0101												
15-0101												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 Quantidade US 1655,100	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(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 Cirurgião-Dentista Solicitante 12/01/014/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/014/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/014/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---