



terapêutica para você

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2<sup>o</sup> Nº



532546  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                         |                                       |                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/3/10 4/12/11 | 4-Data de Autorização<br>12/6/10 4/12/11 | 5-Sentença<br>CONCLUÍDO | 6-Número da Guia Principal<br>8516607 | 7-Data Validade da Sentença<br>12/12/10 17/12/11 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                         |                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000202511686500019701 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>UNIAO OESTE PARANAENSE DE | 11-Data Validade da Carteira<br>1/1/11/11               | 12-Número da Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JULIANA FERREIRA BARBOSA           | 17/11/1995                     | 14-Teléfono<br>( )                      | 15-Nome do titular do plano<br>JULIANA FERREIRA BARBOSA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                       |                                                                        |                           |                 |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|
| 16-Atendimento a RV<br>N                                              | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI | 18-Número no CRO<br>30530 | 19-UF<br>PR     | 20-Código CBO S<br>025 -          |
| 21-Código no Operador / CNPJ / CPF<br>08351078921                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI    | 23-Número no CRO<br>30530 | 24-UF<br>PR     | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI | 27-Número no CRO<br>30530                                              | 28-UF<br>PR               | 29-Código CBO S |                                   |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabula | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0       | 081000030                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 5,01/0,51/2,11                  |        |                       |                   | Juliane       |
| 2-0       | 085100196                 | RESTAURAÇÃO RESINA    | 14              | 0       | 1      | 61,00            | 0,00     | 5,01/0,51/2,11                  |        |                       |                   |               |
| 3-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9-1       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15-1      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                        |                                                                                                            |                                             |                                 |                             |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Totai 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>95,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 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) 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<br>23/10/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>Cirurgião Dentista<br>23/10/11/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>23/10/11/11 | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Emergência<br>23/10/11/11 |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

ROANI E MARCELO  
Odontologia Especializada  
FONE: (44) 3056-1019  
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR