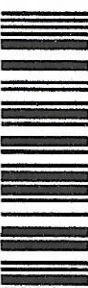




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



480165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/09/2012	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8309771	7-Data Validade da Senha 11/09/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0101021021511168651010212101031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PIETRO GABRIEL DOS SANTOS	13/07/2016	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Ilustrar do plano ELAINE XAVIER DO PRADO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO
18-Número no CRO 26829	19-UF PR
20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0191241141419116	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO
23-Número no CRO 26829	24-UF PR
25-Código CNES	26-Código CBO S
27-Número no CRO 26829	28-UF PR
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,10	0,10	0,10	S	01/03/21		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										
45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US										
1-Total 2-Parcial		72,10										
47-Valor Total R\$		0,10										
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 11/09/2012 - Curitiba - PR Dra. Ana Carolina Ferreira Machado	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2012 - Curitiba - PR Dra. Ana Carolina Ferreira Machado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2012 - Curitiba - PR Dra. Ana Carolina Ferreira Machado	53-Data, local e Assinatura do Operadora 11/09/2012 - Curitiba - PR Dra. Ana Carolina Ferreira Machado
---	---	---	--

Rosa e Klant

Odontologia Especializada
CNPJ 34.293.007/0001-60
FONE: (44) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMITARAANA - PR