



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



649025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	2-Data de Emissão da Guia 10/05/10 08/12/11	3-Data de Autenticação 10/05/10 08/12/11	4-Sentença AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 8904595	6-Data Validade da Sentença 10/03/11 11/12/11	7-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--------------------------	--	---	--------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------

8-Numero da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 8 0 9 2 8 0 0 0 2 1 0 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AUTO POSTO IPIRANGA LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome SERGIO RICARDO GONCALVES CORREIA	14-Endereço 10/06/1992	15-Nome do titular do plano SERGIO RICARDO GONCALVES CORREIA
---	---------------------------	---

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 5 4 0 1 3 6 9 1 9	22-Nome do Contratado Encarregado BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

26-Nome do Profissional Encarregado BARBARA STACHERA	27-Numero no CRO 30197	28-UF PR	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200	30-Franchise/Co-participação R\$ 36-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Causa 42-Admistra
---	---------------------------	-------------	---	---

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa 42-Admistra
1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	26	OD	1	3 4 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
2-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	8 8 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
3-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	8 8 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
4-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	8 8 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
5-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
6-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
7-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 1 0 0	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
8-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
9-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
10-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
11-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
12-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
13-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
14-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									
15-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO									

43-Data Previsto Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/1/11	1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxertia	1- Total 2-Parcial	4 3 8 10 0	10,00	

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) (descrição) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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.

Assinatura do Operador: Barbara Stachera

50-Data local e Assinatura do Operador/Donatário	51-Data local e Assinatura do Profissional Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
10/05/10 05/12/11	10/05/10 05/12/11	10/05/10 05/12/11	