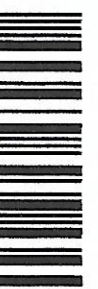


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



532544
INTERCÂMBIO

1-Registro AIS 406414	2-Data de Emissão da Guia 12/3/10 14/12/11	3-Data de Autorização 12/1/10 14/12/11	4-Sentença CONCLUÍDO	5-Número de Guia Principal 8516602	6-Data Validade da Sentença 12/1/10 17/12/11
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	---

7-Número da Carteira 0002025116865000194011	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	10-Endereço UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	--	---------------------------------------

13-Nome DEISE CRISTINA DOS SANTOS MEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/1/11/11	18-Data Validade da Carteira 11/1/11/11
--	------------------------------	--	--	--	--

Declaro que o Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	18-Número no CRO 30530	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 0831510789211111
--	--	---------------------------	-------------	--------------------------	--

22-Data de Contratação 21/07/1988	23-Data de Contratação 21/07/1988	24-Data de Contratação 21/07/1988	25-Data de Contratação 21/07/1988	26-Data de Contratação 21/07/1988	27-Data de Contratação 21/07/1988
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

28-Data de Contratação 21/07/1988	29-Data de Contratação 21/07/1988	30-Data de Contratação 21/07/1988	31-Data de Contratação 21/07/1988	32-Data de Contratação 21/07/1988	33-Data de Contratação 21/07/1988
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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 Guia	42-Assinatura
1-0001	10000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
2-0001	10000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
3-0001	10000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
4-0001	10000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
5-0001	10000019	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
6-0001	10000042	RX PERIAPICAL	1	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
7-0001	10000016	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	1	1	1	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
8-0001	10000021	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Deise
9-0001	10000000		1	1	1							
10-0001	10000000		1	1	1							
11-0001	10000000		1	1	1							
12-0001	10000000		1	1	1							
13-0001	10000000		1	1	1							
14-0001	10000000		1	1	1							
15-0001	10000000		1	1	1							
16-0001	10000000		1	1	1							
17-0001	10000000		1	1	1							
18-0001	10000000		1	1	1							
19-0001	10000000		1	1	1							
20-0001	10000000		1	1	1							
21-0001	10000000		1	1	1							
22-0001	10000000		1	1	1							
23-0001	10000000		1	1	1							
24-0001	10000000		1	1	1							
25-0001	10000000		1	1	1							
26-0001	10000000		1	1	1							
27-0001	10000000		1	1	1							
28-0001	10000000		1	1	1							
29-0001	10000000		1	1	1							
30-0001	10000000		1	1	1							
31-0001	10000000		1	1	1							
32-0001	10000000		1	1	1							
33-0001	10000000		1	1	1							
34-0001	10000000		1	1	1							
35-0001	10000000		1	1	1							
36-0001	10000000		1	1	1							
37-0001	10000000		1	1	1							
38-0001	10000000		1	1	1							
39-0001	10000000		1	1	1							
40-0001	10000000		1	1	1							
41-0001	10000000		1	1	1							
42-0001	10000000		1	1	1							
43-0001	10000000		1	1	1							
44-0001	10000000		1	1	1							
45-0001	10000000		1	1	1							
46-0001	10000000		1	1	1							
47-0001	10000000		1	1	1							
48-0001	10000000		1	1	1							
49-0001	10000000		1	1	1							
50-0001	10000000		1	1	1							
51-0001	10000000		1	1	1							
52-0001	10000000		1	1	1							
53-0001	10000000		1	1	1							
54-0001	10000000		1	1	1							
55-0001	10000000		1	1	1							
56-0001	10000000		1	1	1							
57-0001	10000000		1	1	1							
58-0001	10000000		1	1	1							
59-0001	10000000		1	1	1							
60-0001	10000000		1	1	1							
61-0001	10000000		1	1	1							
62-0001	10000000		1	1	1							
63-0001	10000000		1	1	1							
64-0001	10000000		1	1	1							
65-0001	10000000		1	1	1							
66-0001	10000000		1	1	1							
67-0001	10000000		1	1	1							
68-0001	10000000		1	1	1							
69-0001	10000000		1	1	1							
70-0001	10000000		1	1	1							
71-0001	10000000		1	1	1							
72-0001	10000000		1	1	1							
73-0001	10000000		1	1	1							
74-0001	10000000		1	1	1							
75-0001	10000000		1	1	1							
76-0001	10000000		1	1	1							
77-0001	10000000		1	1	1							
78-0001	10000000		1	1	1							
79-0001	10000000		1	1	1							
80-0001	10000000		1	1	1							
81-0001	10000000		1	1	1							
82-0001	10000000		1	1	1							
83-0001	10000000		1	1	1							
84-0001	10000000		1	1	1							
85-0001	10000000		1	1	1							
86-0001	10000000		1	1	1							
87-0001	10000000		1	1	1							
88-0001	10000000		1	1	1							
89-0001	10000000		1	1	1							
90-0001	10000000		1	1	1							
91-0001	10000000		1	1	1							
92-0001	10000000		1	1	1							
93-0001	10000000		1	1	1							
94-0001	10000000		1	1	1							
95-0001	10000000		1	1	1							
96-0001	10000000		1	1	1							
97-0001	10000000		1	1	1							
98-0001	10000000		1	1	1							
99-0001	10000000		1	1	1							
100-0001	10000000		1	1	1							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) 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

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantificada US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	568,00	0,00	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/11/2011	21/11/2011	21/11/2011	21/11/2011

AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR