



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



11173997

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 00/30/152	4-Data de Autorização 00/30/152	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 11173997	7-Data Validade da Senha 00/10/182
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020253108210000010	9-Plano DENTAL ELITE	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira 2/01/02	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701400641415531
13-Nome JONAS JOSE DE DEUS RAZOTO 24/03/1981		14-Telefone (41) 0000-0000	15-Nome do titular do plano JONAS JOSE DE DEUS RAZOTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA GROSS	18-Número no CRO 9411	19-UF PR	20-Código CBO S 09	ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (41) 30371188, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Graciliano Ramos, 31, CASA, GUARANI, COLOMBO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 79468764915	22-Nome do Contratado Executante ANDREA GROSS	23-Número no CRO 9411	24-UF PR	25-Código CNES 9883509	
26-Nome do Profissional Executante ANDREA GROSS		27-Número no CRO 9411	28-UF PR	29-Código CBO S 09	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	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-	981000405	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	159,00	0,00		S	/	/	
2-										/	/	
3-										/	/	
4-										/	/	
5-										/	/	
6-										/	/	
7-										/	/	
8-										/	/	
9-										/	/	
10										/	/	
11										/	/	
12										/	/	
13										/	/	
14										/	/	
15										/	/	

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 159,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--