



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



629702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2017	4-Data de Autorização 31/10/2017	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8751000	7-Data Validada da Sentença 12/10/2017			
8-Número da Carteira 10102102151210104161910101619151011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CRED DE LIVRE ADMIS	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11			
12-Nome THIAGO MARQUES DE OLIVEIRA			14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano THIAGO MARQUES DE OLIVEIRA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento								
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	18-Número no CRO 30630	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	21-Data Validada da Carteira 11/11/11/11			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01835110789211	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	23-Número no CRO 30630	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200159-27	26-Data Validada da Carteira 11/11/11/11			
25-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	27-Número no CRO 30630	28-UF PR	29-Código CBO S	21-Data Validada da Carteira 11/11/11/11				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados								
30-Tabela 1-0101852101158	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente/Região 27	34-Face 1	35-Clínica 1	36-Quantidade US 5331010			
2-1								
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 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Fratura	46-Total Quantidade US 15331010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 111111			
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) 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								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2017/211						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2017/211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2017/211	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2017/211

Dra. Luana C. S. Gaiari
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30530