

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2012

4-Data de Autorização
31/08/2012

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7829642

7-Data Validade da Santa
26/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202531609300001021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSANGELA DAMACENA MEZZOMO

13/02/1979

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
IVONEI CATTANI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
GABRIELI FABIANI

18-Número no CRO
29697

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-UF
PR

22-Código CNES
PR

23-UF
PR

24-Código CBO S
025 -

25-UF
PR

26-Código CNES
PR

27-UF
PR

28-UF
PR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09315295900

22-Nome do Contratado Executante
GABRIELI FABIANI

23-Número no CRO
29697

24-UF
PR

25-UF
PR

26-UF
PR

27-UF
PR

28-UF
PR

29-UF
PR

30-UF
PR

31-UF
PR

32-UF
PR

33-UF
PR

28-Nome do Profissional Solicitante
GABRIELI FABIANI

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 Gress	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00					
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00					
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00					
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00					
6-00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	16	1	1	533,00	0,00					
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16 O	1	1	61,00	0,00					
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento
12/11/2010

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1772,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2010 - Rosângela Damacena Mezzomo

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/11/2010

54-Data, local e Assinatura do Profissional
12/11/2010

Dra. Gabrieli Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 28907