

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2019 12:00

4-Data de Autorização
12/01/2019 12:00

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7919305

7-Data Validade da Serata
12/01/2019 12:00

386382
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020202502683600529603

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome

ROSI PORTUGAL PENNA WEBER

01/08/1961

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE SOARES WEBER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
CICERO AYRES DE MELLO NETTO

18-Número no CRO
19231

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Oneradora / CNPJ / CPF

0018915175994

22-Nome do Contratado Executante

CICERO AYRES DE MELLO NETTO

23-Número no CRO
19231

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

CICERO AYRES DE MELLO NETTO

27-Número no CRO
19231

28-UF
PR

29-Código CBO S

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 Glósa	42-Assinatura
1-0	018400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	11/20	K Pen
2-0	018400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	11/20	K Pen
3-0	018400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	11/20	K Pen
4-0	018400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	11/20	K Pen
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento
20/11/20

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
140,00

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(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 Solidário
20/11/2019, Pm. Ad. Netto

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/11/2019, Pm. Ad. Netto

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
20/11/2019, Pm. Ad. Netto

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/2019, Pm. Ad. Netto

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231