

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 4-Data de Autorização 12/6/11 5-Santa CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 8094855 7-Data Validade da Santa 12/4/10 8-Data Validade da Santa 12/4/10 9-Data Validade da Santa 12/4/10

8-Número da Carteira 10/02/12 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDARSPEN SIND AGENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome SIRLEI KOEPEL DE MEDEIROS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDILSON APARECIDO DE MEDEIROS

16-Adoção e RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 18-Número no CRO 26829 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNU / CPF 10/9/2/4/1/4/4/9/1/6 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 23-Número no CRO 26829 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 27-Número no CRO 26829 28-UF PR 29-Código CBO S

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
1-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	0,00	0,00	S	01/11/02	21	SIRLEI
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	0,00	0,00	S	01/11/02	21	SIRLEI
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	0,00	0,00	S	01/11/02	21	SIRLEI
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	0,00	0,00	S	01/11/02	21	SIRLEI
5-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	0,00	0,00	S	01/11/02	21	SIRLEI
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 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 1174,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/6/11, 01, ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO, CRO-PR 26829 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/6/11, 01, EDILSON APARECIDO DE MEDEIROS, CRO-PR 26829 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/6/11, 01, 11/12/11 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/6/11, 01, 11/12/11

Odontologia Especializada
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - Umuarama - PR