

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

449491
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 7 / 0 1 / 2 1

6-Número de Guia Principal
449491

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 0 / 0 1 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 0 1 / 2 1

1-Data de Emissão da Guia
0 7 / 0 1 / 2 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Data Validade da Carteira

10-Empresa
DESIGNER INFORMATICA LTDA

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Data de Emissão da Guia
0 7 / 0 1 / 2 1

15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE SPRANGER

16-Número no CRO
30728

17-Nome do Profissional Solicitante
PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA

18-Número no CRO
30728

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Número no CRO
30728

22-Nome do Contratado Executante
PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA

23-Número no CRO
30728

24-UF
PR

25-Código CBO S
025 -

26-Número no CRO
30728

27-UF
PR

28-Código CBO S
025 -

29-Número no CRO
30728

30-UF
PR

31-Código do Procedimento

32-Descrição
ÓRTESE MIORELAXANTE

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 Class 42-Assinatura

43-Total Franquia / Co-participação R\$

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Faturamento

47-Total Quantidade US

48-Total Quantidade R\$

49-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Paula C. Haidar Mazorra
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30728

ro, 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
to. 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
ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação