

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



2077231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 4-Data de Autorização 12/9/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13117218 7-Data Validade da Seria 12/1/10 11/2/5

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020250318265000001031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JANDERSON LOPES 14-Telefone 02/03/1988 15-Nome do titular do plano ANGELA APARECIDA SOARES DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIELLE DE OLIVEIRA BARBIEIRI 18-Número no CRO 37361 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 137119157000140 22-Nome do Contratado Executante FARP ODONTO PROTESES SERVICOS 23-Número no CRO 37361 24-UF PR 25-Código CNES 99999999 26-Nome do Profissional Executante ADRIELLE DE OLIVEIRA BARBIEIRI 27-Número no CRO 37361 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 da Realização	41-Motivo da Clama	42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00	5105111124				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Solicitante 10/5/11/11/24 Admulla 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/5/11/11/24 Admulla 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/5/11/11/24 J Anderson 53-Data, local e Cartão da Empresa 10/5/11/11/24 Dr. Admulla Barbieri Cirurgiã Dentista CRO/PR 37361