

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2014 4-Data de Autorização 14/08/2014 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7780033 7-Data Validade da Senha 10/09/2014

355159
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202528401600000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

3-Nome

DANIEL CESAR SENS

16/08/1987

14-Telefone

15-Nome do Titular do plano IGMARA SOARES VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante GABRIEL FABIANI

18-Número no CRO 29697

19-UF PR

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora C/OP/CPF

1093152959000

22-Nome do Contratado Executante GABRIEL FABIANI

23-Número no CRO 29697

24-UF PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante GABRIEL FABIANI

27-Número no CRO 29697

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/08/2014		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			11/08/2014		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			11/08/2014		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			11/08/2014		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			11/08/2014		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/08/2014 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 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia/Co-participação R\$

Declaração: 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-Reservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

14/08/2014 Pato Branco

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

14/08/2014 Pato Branco

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

14/08/2014

53-Data, local e Endereço da Empresa

14/08/2014 Pato Branco

Dra. Gabriel Fabiani
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29697