

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 31050

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017 4-Data de Autorização 12/07/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 8794058 7-Data Validade da Senha 06/11/2017

613866
 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202533685600000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSENILDA CUNHA LIMA

14-1 telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ROSENILDA CUNHA LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AYRES DE MELLO

18-Número no CRO 19803

19-UF PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (42) 32724493, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Quitigua, 95, CENTRO, TELEMACO BORBA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14753933091011 22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO

23-Número no CRO 4009

24-UF PR

25-Código CNES 3984184

26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO

27-Número no CRO 4009

28-UF PR

29-Código CBO S 09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0006170		DOCUMENTAÇÃO			1	313,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
08/10/2017	1-Tratamento Odontológico	1-Total	313,00	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(ram) 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.

48-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Assinatura de Juliana Ayres de Mello
Assinatura de Rosalinda Cunha Lima
Assinatura de Maria Sirelene Lepori Cardoso
 08/10/2017
 08/10/2017
 08/10/2017
 08/10/2017

Adite documentação ortodontica
da paciente Priscila da Cunha Lima.



09/07/21

João Alberto Ayres de Mello

CRO-PR 2367

Cícero Ayres de Mello Netto

CRO-PR 19231

Juliana Ayres de Mello

CRO-PR 19803



(42)

3276-1347