



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



322648

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 09/06/2010 4-Data de Autorização 16/06/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7625579 7-Data Validade da Guia 07/09/2010

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 1002025301313000001012 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome CLAUDIO RODRIGUES DA SILVA 14-Telefone 985213253 15-Nome do titular do plano SANDRA ORTEGA CORDEIRO MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento e RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANDRESSA RENATA RECH 18-Número no CRO 27939 19-UF PR 20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09825842962 22-Nome do Contratado Executante ANDRESSA RENATA RECH 23-Número no CRO 27939 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX 26-UF PR 27-Número no CRO 27939 28-Código CBO 8 29-Código CBO 8 85100218 85100200 85100200 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Telexe	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Esc	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13 D	1	1	16,00	0,00					
3-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14 VDM	1	1	12,00	0,00					
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16 PM	1	1	18,00	0,00					
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17 OM	1	1	18,00	0,00					
6-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36 DLO	1	1	12,00	0,00					
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32 I	1	1	16,00	0,00					
8-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31 MDV	1	1	12,00	0,00					
9-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44 VO	1	1	18,00	0,00					
10-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00					
11-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00					
12-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00					
13-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00					
14-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25	1	1	7,30	0,00					

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 999,00 47-Valor Total R\$ 1010,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 322,64

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 contratado que assina esse documento, os valores contrários. 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

CLINICA ODONTOLÓGICA RAFAEL E GRACIANI LIMA LTDA - ME

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/06/2010 Curitiba PR 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/06/2010 Curitiba PR 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/06/2010 Sandra Ortega Cordeiro Marques 53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/07/2010 Vila residencial C

Foz do Iguaçu PR

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ª Via



326723
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
19/06/2019

4-Data de Autorização
03/07/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7645261

7-Data Validade da Senha
17/09/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253043040000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LUCIO MAURO FERREIRA DA ROCHA

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
LUCIO MAURO FERREIRA DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
ANDRESSA RENATA RECH

17-Nome do Profissional Solicitante
ANDRESSA RENATA RECH

18-Número no CRO
27939

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09825842962

22-Nome do Contratado Executante
ANDRESSA RENATA RECH

23-Número no CRO
27939

24-UF
PR

25-Nome do Profissional Executante
ANDRESSA RENATA RECH

26-Número no CRO
27939

27-UF
PR

28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 de Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1		35,00	0,00					
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1		35,00	0,00					
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1		35,00	0,00					
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1		35,00	0,00					
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-dentia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Total Valor a Pagar R\$	50-Data, local e Assinatura do Contratado	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado	55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total	174,00	533,50	533,50	533,50	09/07/2019	09/07/2019	09/07/2019	09/07/2019	09/07/2019	09/07/2019

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 dental e a pagar os valores devidos, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) 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.

48-Observações

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

Vila residencial C

Foro: Juiz de Paz PR