OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 455732
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
5414	18/01/21	23/01/21	AUTORIZADO	8204111	18/04/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202511686500025501	POS REDE PRESTADORA	UNIAO OESTE PARANAENSE DE	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
QUELINE GAZOLA DOS SANTOS SIQUEIRA 21/05/1993	( ) -	JAQUELINE GAZOLA DOS SANTOS SIQUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

025 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
7715031810	PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
OLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S			Jaqueline
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S			Jaqueline
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S			Jaqueline

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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	183,00	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/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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

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
/ /	/ /	23/01/21 Jaqueline G.	23/01/21

Paola C. Haidar Mazorra
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30728