



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

8906716

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 304484		3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 8 / 2 1		4-Data de Autorização 0 6 / 0 8 / 2 1		5-Senha AUTORIZADA		6-Número da Guia Principal 649750		7-Data Validade da Senha 0 3 / 1 1 / 2 1		8906716 INTERCÂMBIO											
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 8 0 2 8 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano DENTAL ELITE		10-Empresa PESSOA FISICA		11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 1 / 2 3		12-Data Validade da Senha 70540441418891															
13-Nome KAIQUE TRIZOTTE SILVA		14-Telefone (14 12) 3 2 7 6 2 4 9 1		15-Nome do titular do plano TEODOSIA ONISCO TRIZOTTE																			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S		414 - ODONTO LIFE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA LTD ME													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		23-Número no CRO 4009		24-UF PR		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		27-Número no CRO 4009		28-UF PR		29-Código CBO S																	
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 de Realização		41-Molho da Glosa 42-Assinatura	
1-0 0 1 3 4 8				DOC ORTODONTICA "E"						1		3 1 3 1 3 1 0 0		0 1 0 0		S 1 2 1 0 8 1 1 2 1						x <i>Elaine</i>	
2-																							
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Prevista 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\$													
0 0 / 0 0 / 0 0		1 1 / 1 1 / 1 1		1 1 - Total 2-Parcial		3 1 3 1 0 0		0 0 0 0 0 0		0 0 0 0 0 0													
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), 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 em preferências 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												51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
0 0 / 0 0 / 0 0												1 2 / 0 8 / 1 2 1 x <i>Elaine</i>											

Adicção de documentação ortodôntica
do paciente Henrique Trigothe Filho.

5

05107121

João Alberto Ayres de Mello
CRO-PR 2367

Cícero Ayres de Mello Netto
CRO-PR 19231

Juliana Ayres de Mello
CRO-PR 18803