



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



8435383

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 3 / 2 1	4-Data de Autorização / / / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8435383	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 6 / 2 1
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 8 4 4 9 0 0 0 0 8 0 1	9-Plano DENTAL AMPLO	10-Empresa EDITOR A O ESTADO DO PARANA S	11-Data Validade da Carteira 2 2 / 0 6 / 2 4	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700606416527269
13-Nome JOHNNY DALTON MATTOZO 27/03/1973		14-Telefone (4 1) 9 6 3 1 - 6 6 5 1	15-Nome do titular do plano JOHNNY DALTON MATTOZO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA RAQUEL DE BARROS LEMOS	18-Número no CRO 13040	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 2 1 3 8 5 2 5 9 4 5 / /	22-Nome do Contratado Executante ANA RAQUEL DE BARROS LEMOS	23-Número no CRO 13040	24-UF PR	25-Código CNES 7015720
26-Nome do Profissional Executante ANA RAQUEL DE BARROS LEMOS		27-Número no CRO 13040	28-UF PR	29-Código CBO S 06

Enviar - RX
(I) 85100200

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- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURACAO RESINA FOTO 2	14	OD	1	1 9 3 0 0	0 0				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 1 9 3 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /		

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 referentes 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 Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--