

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406844	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 01/210	4-Data de AutORIZAÇÃO 12/8/11 01/210	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7998004	7-Data Validade da Senha 12/4/10 11/211
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

404735
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202531622800000090011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IDEAL ACCOUNTING SERVICE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARISSA DE CASSIA FRANCISCO		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano LARISSA DE CASSIA FRANCISCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Matrimônio a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	18-Número no CRO 26829	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 091241444916	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	23-Número no CRO 26829	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	26-UF PR	27-Número no CRO 26829	28-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
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
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	16,10	0,00	0,01/11/20	40-Data de Realização
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6,10	0,00	0,01/11/20	41-Motivo da Glosa
3-0									42-Assinatura
4-0									
5-0									
6-0									
7-0									
8-0									
9-0									
10-0									
11-0									
12-0									
13-0									
14-0									
15-0									
43-Data Previsto 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
11/11/11							1	2	0,00
47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$						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) 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 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 15/11/11 <i>Dra. Ana Carolina Machado</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/11/11 <i>Dra. Ana Carolina Machado</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/11/11 <i>Robi e Riani</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/11/11 <i>Odontologia Especializada</i>
--	--	---	--

Cirurgia Dentista CRO-PR 26829
 CRO-PR 26829
 AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
 CEP 87.501-360 - Umuarama - PR