

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
11/06/2011 10:214-Data de Autorização
11/06/2011 10:215-Serção
ABERTO6-Número da Guia Principal
3979307-Data Validade da Serção
11/04/2011 01:21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002020253273140000000102

9-Plano

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN
ROBERTO ROCCO TEXEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
01358191092622-Nome do Contratado Executante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA23-Número no CRO
1281724-UF
PR

25-Código CNES

025 -

26-Nome do Profissional Executante
ROBERTO ROCCO TEXEIRA27-Número no CRO
1281728-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dental/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cda
1-	00	8100049				34,00	0,00			10/06/2011	2011/06/10
2-	00	8510056				18,00	0,00			10/06/2011	2011/06/10
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Pagamento

46-Tipo de Pagamento

47-Tipo de Pagamento

48-Tipo de Pagamento

49-Tipo de Pagamento

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 arcar com os custos do mesmo, 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 o valor devido pelo tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Av. Garibaldi, 350 - Vila Residencial

CEP: 83361-350 - Curitiba - PR

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 Assinatura da Empresa

2-N^o

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 00/3/1111/20		4-Data de Autorização / / / / /		5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 409995		7-Data Validade da Série 00/1/1021/21	
Dados do Beneficiário						12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
8-Número da Carteira 000202532731400000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA					
13-Nome ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO						10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
14-Teléfono () -						11-Data Validade da Carteira / / / / /					
15-Data Validade da Carteira 05/09/2000						16-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		18-Número no CRO 12817		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 003581910926		22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		23-Número no CRO 12817		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA		27-Número no CRO 12817		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Tabelela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Vale	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1-000	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	/	
2-000	85100056	CURATIVO DE DEMORA EM	47		1	8,00	0,00		N	/	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento: 03/12/2020

44-Tipo de Atendimento: ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento: ☐ 1-Total 2-Parcela

46-Total Quantitativo US: 42,00

47-Vale Total: 22.788,89 99/0001-97

48-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

49-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

50-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

51-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

52-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

53-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

54-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

55-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

56-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

57-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

58-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

59-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

60-Valor Total: 22.788,89 99/0001-97

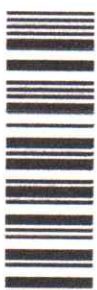
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em lei. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 previstos em lei.

48-Observevaglio

48-03/2019
Exa emio Sultite. A quia m. 387933, por quado fui por a plua m. de
na m. Volado de, bre que por outa, ✓

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	03/12/2020	osantofexin
51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	03/12/2020	osantofexin
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/12/2020	
53-Dado, local e Carimbo da Empresa	03/12/2020	

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	03/12/2020	osantofexin
51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	03/12/2020	osantofexin
52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	03/12/2020	
53-Dado, local e Carimbo da Empresa	03/12/2020	



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentia ABERTO	6-Número da Guia Principal 409284	7-Data Validade da Sentia 28/01/12
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

409284
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202533077400000101011	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 ELLEN CAROLINE ENGELAGE	22/06/1996	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ELLEN CAROLINE ENGELAGE
------------------------------------	------------	------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	18-Número no CRO 12817	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03581910926	22-Nome do Contratado Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	23-Número no CRO 12817	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ROBERTO ROCCO TEXEIRA	27-Número no CRO 12817	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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- Frasequência/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Class	42- Assinatura
1-00	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	30/11/2012		
2-00	85300080	TRATAMENTO DE	38	1		8,00	0,00		N	30/11/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/11/2012	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 Quantitativo US 42,00	47-Total R\$ R\$ 42,00	48-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	49-Total R\$ R\$ 42,00
--	---	--	-----------------------------------	---------------------------	--	---------------------------

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 obrigações profissionais assistenciais e com os custos previstos em contrato, declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta o profissional contratado para a prestação dos serviços, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/11/2012 Roberto Rocco Teixeira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/2012 Roberto Rocco Teixeira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/2012 Ellen Caroline Engelage	53-Data local e Cartão da Empresa 30/11/2012
--	--	---	---

Av. Gama do Amaral, 111 - Foz do Iguaçu - PR
CEP: 85.861-550