



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



397555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Dia de Emissão da Guia
16/11/2012

4-Dia de Autorização
23/11/2012

5-Semha
CONCLUÍDO

6-Número de Guia Principal
7965491

7-Dia Validade da Semha
14/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202511686500014201

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

UNIAO OESTE PARANAENSE DE

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JESSICA BARRETO CORDEIRO

31/01/1992

14-Teléfono

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

JESSICA BARRETO CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Identificação a RN

ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

18-Número no CRO

26829

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

21-UF

PR

22-Nome do Contratado Executante

ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

23-Número no CRO

26829

24-UF

PR

25-Código CNES

PR

26-Código no Operadora / CUP / CPF

0924144916

27-Número no CRO

26829

28-UF

PR

29-Código CBO S

PR

28-Nome do Profissional Executante

ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Faixa

31-Código do Procedimento

1008100030

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região

34-Faixa

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

43-Data Próximos Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de atendimento, 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), fôrmam 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente

16/11/2012

Dra. Ana Carolina Machado

Cirurgiã Dentista

CBO-PR 26829

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/11/2012

Dra. Ana Carolina Machado

Cirurgiã Dentista

CBO-PR 26829

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/11/2012

Dra. Ana Carolina Machado

Cirurgiã Dentista

CBO-PR 26829

53-Dia, local e Assinatura

16/11/2012

Dra. Ana Carolina Machado

Cirurgiã Dentista

CBO-PR 26829

54-Dia, local e Assinatura

16/11/2012

Dra. Ana Carolina Machado

Cirurgiã Dentista

CBO-PR 26829

FONE: (44) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - Umuarama - PR