

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



445240
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/12/2020 4-Data de Autorização 12/12/2021 5-Santa CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 8164562 7-Data Validade de Santa 12/12/2021

445240
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10020252131590000799011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ON PERFORMANCE LTDA EPP 11-Data Validade da Carteira 12/12/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

445240
INTERCÂMBIO

13-Nome CAROLINA ANTUNES LAGINESTRA 25/03/1997 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano CAROLINA ANTUNES LAGINESTRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Andamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 18-Número no CRO 26829 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora CNPJ/CPF 109241444916 22-Nome do Contratado Exatante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 23-Número no CRO 26829 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 27-Número no CRO 26829 28-UF PR 29-Código CBO S

Piano 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	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,500	0,00	0,00	S	01/02/21	Carolina	Carolina
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,500	0,00	0,00	S	01/02/21	Carolina	Carolina
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,500	0,00	0,00	S	01/02/21	Carolina	Carolina
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,500	0,00	0,00	S	01/02/21	Carolina	Carolina
5-000	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,400	0,00	0,00	S	01/02/21	Carolina	Carolina
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
16-000												
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
			174,00	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) 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 Assinatura do Operador

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