

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



501423

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/12	4-Data de Autorização 11/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8395069	7-Data Validade da Senha 15/06/12
8-Número da Carteira 00202536327700000101		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 JORGE LUIS DE OLIVEIRA GOMES		14-Telefone 30/10/1998	15-Nome do titular do plano JORGE LUIS DE OLIVEIRA GOMES		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S	

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	0085100190	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00			17/03/12		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			17/03/12		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00			17/03/12		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 210,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Do Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/12 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.898/0001-50 CRO/PR 1206 - C.F.E. 08.500.00
---	--	---	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



OK

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379128	7-Data Validade da Senha 10/9/10/6/12	497066 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 010202528270800018101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EVELLYN VICTORIA DOS SANTOS MONTEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVELLYN VICTORIA DOS SANTOS MONTEIRO			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986		22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	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
1	01081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00
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 1718,00
47-Valor Total R\$ 10,00		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), foforam 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						
Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012 Jheniffer Martins		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.550/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999