



requerimento para ood 2017

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



574280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2016	4-Data de Autorização 11/01/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8664958	7-Data Validade da Serina 10/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---

8-Data de Benefício

9-Número da Carteira 10/02/2015	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 10/02/2015	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome
DAVI RIBEIRO PARABOCCZ

14-Data de Conclusão do Tratamento

15/05/2014

14-Teléfono
(11) 35241327

10-Endereço
WLE DESENVOLVIMENTO DE

11-Data Validade do Contrato
ALEXANDRE PARABOCCZ

15-Nome do titular do plano

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

16-Endereço do Profissional Solicitante

17-Nome do Profissional Solicitante
BARBARA STACHERA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106540136919

22-Nome do Contratado Exceção
BARBARA STACHERA

26-Nome do Profissional Exceção
BARBARA STACHERA

18-Número no CRO
30197

23-Número no CRO
30197

24-UF
PR

25-Código CNES
PR

26-Código CBO S
025 -

27-Número no CRO
30197

28-UF
PR

29-Código CBO S
025 -

30-Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85102200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	0101851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	83	ID	1	8,8	10,0	0,0	0,0	10/04/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
2	01018110010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0	0,0	0,0	10/02/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
3	01018410010198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/01/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
4	01018410010198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/01/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
5	01018410010198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/01/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
6	01018410010198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,5	10,0	0,0	0,0	10/01/2016	12/11/2016	Guilherme Ribeiro
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/01/2016/12/13

51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

13/01/2016/15/15

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

13/01/2016/12/13

53-Data, local e Carimbo da Empresa

13/01/2016/12/13



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 400614	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Data de Autorização 09/10/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Plano POS REDE PRESTADORA	7-Data Validade da Guia 07/10/2011	8-Data Validade da Guia 07/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

578144
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 002020215221516000000303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WLE DESENVOLVIMENTO DE	11-Data Validade da Carteira 00/00/00	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome DAVI RIBEIRO PARABOCCZ	14-Telefone (11) 352413279	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE PARABOCCZ	16-Adiantamento a RN N	17-Nome do Profissional Societário BARBARA STACHERA	18-Número no CRO 30197	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 061514011369119	22-Nome do Contratado Excluído BARBARA STACHERA	23-Número no CRO 30197	24-UF PR	25-Código CNES	26-Número no CRO 30197	27-UF PR	28-Código CBO S
29-Nome do Profissional Excluído BARBARA STACHERA	30-Valor PR	31-Valor PR	32-Valor PR	33-Valor PR	34-Valor PR	35-Valor PR	36-Valor PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denome Regio	34-Frete	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Signatário
1	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	54	1	8100	0,00	0,00	5,00	10/10/2011			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Tratamento	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$
	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	5-Tipo de Tratamento	6-Tipo de Tratamento

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 (c) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (d) 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-Ocorrência

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário 01/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2011	53-Data, local e Assinatura do Profissional 01/10/2011
--	---	---	---