

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2012 4-Data de Autorização 11/09/2012 5-Senha CONCLUIDO 6-Número da Guia Principal 8311038 7-Data Validade da Senha 12/01/2015 480596 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020125316228000020203

13-Nome ANA PAULA DOS SANTOS VIEIRA

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa IDEAL ACCOUNTING SERVICE

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone (11) 3623-1200

15-Nome do titular do plano SARAH VIEIRA

16-Data Validade da Senha 12/01/2015

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN N 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 09241444916 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

23-Número no CRO 26829

24-UF PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO

27-Número no CRO 26829

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/03/21		Ana Paula
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	01/03/21		Ana Paula
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	01/03/21		Ana Paula
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	01/03/21		Ana Paula
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00		S	01/03/21		Ana Paula
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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

1174,00

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) 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 Beneficiário 11/09/2012 Ana Paula dos Santos Vieira

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2012 Ana Paula dos Santos Vieira

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2012 Ana Paula dos Santos Vieira

53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/09/2012 Ana Paula dos Santos Vieira

Rosa e Klant

Odontologia Especializada

CNPJ 34.293.007/0001-60

FONE: (44) 3056-1019

AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2

CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR

CRD-PR 26829

CRD-PR 26829