

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



442532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152919	7-Data Válido de Série 17/10/21
8-Número da Carteira 0020253229000000601			9-Pelo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMERCIAL IVAIPORA LTDA	11-Data Válido de Carteira 17/10/21
13-Nome IRONEI DE QUADROS DA LUZ			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IRONEI DE QUADROS DA LUZ	
16-02/1992					
18-Adiantamento a RN CICERO AYRES DE MELLO NETTO			19-Número no CRO 19231	20-Código CBO S PR	21-Código na Operadora / CBO / CPF 0589575994
22-Nome do Contratado Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO			23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES PR
26-Nome do Profissional Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO			27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO S PR
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US
1-00	8 4 0 0 0 1 9 8	HASD	1	1	3 5 0 0
2-00	8 4 0 0 0 1 9 8	HASE	1	1	3 5 0 0
3-00	8 4 0 0 0 1 9 8	HAIE	1	1	3 5 0 0
4-00	8 4 0 0 0 1 9 8	HAID	1	1	3 5 0 0
5-00					
6-00					
7-00					
8-00					
9-00					
10-00					
11-00					
12-00					
13-00					
14-00					
15-00					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Guia					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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
18/12/20 / *[Assinatura]*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/12/20 / *[Assinatura]*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/12/20 / *[Assinatura]*

53-Data, local e Campo de Empresa
18/12/20 / *[Assinatura]*

CICERO AYRES DE MELLO NETTO
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231