



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/11	4-Data de Autorização 01/11/09/12/11	5-Sentença CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 8882757	7-Data Validada da Sentença 12/08/11/01/21/11
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01012025361918200000101031	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 670867 INTERCÂMBIO
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	--

13-Nome
SOFIA RAMOS DA SILVA

14-Telefone
06/08/2016

15-Nome do titular do plano
DEBORA CRISTHINA RAMOS MOTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GALIARI	18-Número no CRO 30530	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101835107891211111	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GALIARI	23-Número no CRO 30530	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GALIARI	27-Número no CRO 30530	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teatela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Volier	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	0	1	611010	01010				30117	Deborah
2-0101	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	0	1	611010	01010				30117	Deborah
3-0101												
4-0101												
5-0101												
6-0101												
7-0101												
8-0101												
9-0101												
10-0101												
11-0101												
12-0101												
13-0101												
14-0101												
15-0101												

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

1122100

47-Valor Total R\$

10100

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), foram realizados 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

01/11/09/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/11/09/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/11/09/12/11

53-Data, local e Endereço da Empresa

01/11/09/12/11

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30530