



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 21/21	4-Data de Autorização 10/09/11 21/21	5-Serina AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8125450	7-Data Validade da Serina 10/08/11 03/12/11	436412 INTERCAMBIO
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Numero da Carteira 00020250848630002803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Name JEFFERSON ANDREY LEVANDOSKI	14-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 09/06/2015	15-Name do titular do plano KELLY ADRIANE FERRECH LEVANDOSKI		
16-Atendimento a EN N	17-Name do Profissional Solicitante BARBARA STACHERA	18-Numero no CBO 30197	19-LUF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 006540136919	22-Name do Contrato Excusante BARBARA STACHERA	23-Numero no CBO 30197	24-LUF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Name do Profissional Excusante BARBARA STACHERA	27-Numero no CBO 30197	28-LUF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Clíica	42-Assinatura
1	008510020	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	8	8,00	0,00	1	10/09/11	21/21	
2	008510019	RESTAURAÇÃO RESINA	85	0	1	6	1,00	0,00	1	10/09/11	21/21	
3	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13	4,00	0,00	1	10/09/11	21/21	
4	008400011	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	7	6,00	0,00	1	10/09/11	21/21	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Condiciona 4-Euclética/Enfermagem	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1259,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 11/11/11 21/21	51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 11/11/11 21/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 21/21	53-Data, local e Contato da Empresa 11/11/11 21/21
---------------	--	--	---	---