



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AN



1-Registro ANS 4064114 3-Digito de Emisso da Guia 104110711212 4-Data de Aut. e Emissão 04/10/2019 5-Senha AUTORIZADO 10084076 3-Número da Guia Pr. nacional 1044598 7-Data Validade e Sanja 02/11/2021 8-INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome do da Carteira 1010212152004690007114031 6-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade de Carteira 12-Número do Cartão Nacional d Saúde

13-Nome e MARCOS ROBERTO VESCOVI

26/05/1976

15-Nome do titular do plano DEBORA BRANDALISE

Dados do Contratado, Respon. sobre o Tratamento

16-Nome e endereço a RN ANA PAULA PALUDO CCNSOL

22-Nome do Contratado Esecutiva ANA PAULA PALUDO CONSOL

18-Número do CRO 20019

19-UF PR

20-Código CBO S

025 - Natural Empresa

21-Cód. da Operadora / C.F.P.J. / C.P.F. 10612121211917

23-Número do CRO 20019

24-UF PR

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Excitante ANA PAULA PALUDO CONSOL

27-Número do CRO 20019

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos S. Kclados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Especificação	33-Dente/Região	34-Tipo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia	39-Participação R\$	39-Av	40-Data de Real. agido	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-0	01851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,20				10/10/2019		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Dati: Provado, Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Real. agido	46-Tipo de Real. agido	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Real. agido	49-Tipo de Real. agido	50-Tipo de Real. agido	51-Tipo de Real. agido	52-Tipo de Real. agido	53-Tipo de Real. agido	54-Tipo de Real. agido	55-Tipo de Real. agido	56-Tipo de Real. agido
1-1	1-1	1-1	1-1	61,00	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-1

Declaro, que atuo no ato de atendimento e solicitação sobre os procedimentos, fiscais, custos e alternativas de tratamento, conforme 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.

48-Dados do paciente

Dra. Ana Paula Paludo

50-Dati: local e A. assinatura do Cliente

51-Dati: local e A. assinatura do Cliente

52-Dati: local e A. assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dati: local e A. assinatura do Beneficiário

54-Dati: local e A. assinatura do Beneficiário

10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019

10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019

10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019

10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019 10/10/2019