

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



603543
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 8 / 0 9 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8761601

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
3 0 / 0 6 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
3 0 / 0 6 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 0 2 6 8 3 6 0 0 9 0 9 2 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COAMO AGROINDUSTRIAL

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
LEDIANA DOS SANTOS

08/10/1995

14-Telefone
() / / / / / /

15-Nome do titular do plano
CLAYTON GARCIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

18-Número no CRO
29107

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 0 9 7 4 0 6 4 1 9 0 3

22-Nome do Contratado Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

23-Número no CRO
29107

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI

27-Número no CRO
29107

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3 4 1 0 0				5/10/21	Leidiana
2-0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	3 5 1 0 0				5/10/21	Leidiana
3-0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	3 5 1 0 0				5/10/21	Leidiana
4-0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	3 5 1 0 0				5/10/21	Leidiana
5-0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	3 5 1 0 0				5/10/21	Leidiana
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / / / / /

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1 7 4 1 0 1 0

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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram 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

Leonardo A. P. Bringhenti

Cirurgião-Dentista

10/5/19/21

29107

PR

Leidiana Santos

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa