

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2015	4-Data de Autorização 12/08/2015	5-Santa CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8625116	7-Data Validade da Santa 12/12/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

562420
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025186507700006002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
RAFAEL MATHEUS ARDUIM

09/07/1988

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do plano
GLEIDMAR PASLAUSKI ESCANES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIRI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1083510078921	22-Nome do Contratado Exatante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIRI
26-Nome do Profissional Exatante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIRI	27-Número no CRO 30530
28-UF PR	29-Código CBO S 30530
18-Número no CRO 30530	19-UF PR
23-Número no CRO 30530	24-UF PR
20-Código CBO S 025 -	25-Código CNES Faturar Empresa

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
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00	0,00	S	01/06/21		
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,10	0,00	0,00	S	01/06/21		
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00	S	01/06/21		
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00	S	01/06/21		
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00	S	01/06/21		
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00	S	01/06/21		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		235,00	0,00							

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(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-Reservação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2015 Ana C. S. Gaiari	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2015 Ana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2015 Ana	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2015 Ana
--	---	---	---

Odontologia Especializada
Rosa e Runt
CNPJ 34.293.007/0001-60
FONE (41) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR