



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x4



578640
INTERCÂMBIO

Transferência para outra guia

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
09/06/21

4-Data de Autorização
09/06/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8679255

7-Data Validade da Senha
07/09/21

8-Data de Beneficiário

01/02/2015 1131100000003011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
GREMASCHECONTABILIDADE DE

11-Data Validade do Plano
01/01/21

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANGELITA DONELES CASSIMIRO POLACI

05/03/1968

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ANGELITA DONELES CASSIMIRO POLACI

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
LAYLA ISABELLA DE SOUZA RAMOS

18-Número no CRO
31959

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa - ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (44) 30262927, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jacana, 512, SALA 01, CENTRO, SARANDI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
12.515.912.789.0001

22-Nome do Contatado Estudante
ANTONIO SAVERIO BALDINU

23-Número no CRO
26195

24-UF
PR

25-Código CBO S

09

26-Nome do Profissional Examinado
ANTONIO SAVERIO BALDINU

27-Número no CRO
26195

28-UF
PR

29-Código CBO S

09

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Replido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
2-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
3-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
4-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
5-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
6-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
7-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
8-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
9-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
10-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
11-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
12-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
13-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
14-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita
15-0	0	181000421	RX PERIAPICAL	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Angelita

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Escane Radiológico

46-Tipo de Fractura

47-Total Quantidade US

48-Total Total R\$

49-Total Fratura / 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), 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Clínica de Imagem
Baldinu Eireli - ME
CNPJ: 26.541.914/0001-53