

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2017 10:21	4-Data de Autorização 13/09/2017 10:21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8869156	7-Data Validade da Senha 12/09/2017 10:21	637698 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 1010202539684700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RONALDO DE OLIVEIRA	
13-Nome RONEI BUENO DE OLIVEIRA		23-07/1997		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29107	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	23-Número no CRO 29107	24-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09740641903	22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	27-Número no CRO 29107	28-UF PR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor						
1-0001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00						10/08/21	Roni
2-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00						10/08/21	Roni
3-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00						10/08/21	Roni
4-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00						10/08/21	Roni
5-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00						10/08/21	Roni
6-1111111111111													
7-1111111111111													
8-1111111111111													
9-1111111111111													
10-1111111111111													
11-1111111111111													
12-1111111111111													
13-1111111111111													
14-1111111111111													
15-1111111111111													

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 110,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110,00
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 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 ALBERTO PERIOLE BRINGHENTTI
Cirurgião-Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/21, Roni S. de G.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/08/21, Roni S. de G.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	--	---	---