



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

637681
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 6 / 1 0 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8869148

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
3 0 / 0 7 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
2 8 / 0 7 / 2 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 3 9 6 8 4 7 0 0 0 0 1 0 3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ROSANI APARECIDA BUENO

10/08/1974

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

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

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5 CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

3-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

4-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

5-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

6-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

7-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

8-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

9-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

10-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

11-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

12-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

13-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

14-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

15-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 PROFILAXIA: POLIMENTO

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Valor Total R\$

47-Valor Total US

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Carimbo da Empresa

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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(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.

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Carimbo da Empresa

53-Data, local e Carimbo da Empresa