



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



1-Registro ANS
4066414

3-Data de Emissão da Guia
12/04/2015

4-Data de Autorização
12/05/2015

5-Santa
CONCLUÍDO

6-Número da Guia Principal
8625679

7-Data Validade da Santa
12/10/2018

562592
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202520046900069502

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COOP DE CRED DE LIVRE ADMIS

11-Data Validade da Carteira
12/10/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
DAIANE DOS SANTOS FURLAN

12/03/1994

15-Nome do titular do plano
THIAGO MARQUES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

18-Número no CRO
30530

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08351078921

22-Nome do Contratado Executante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

23-Número no CRO
30530

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

27-Número no CRO
30530

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
1-010	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00			S	01/06/21		Luane
2-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00			S	01/06/21		Luane
3-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00			S	01/06/21		Luane
4-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00			S	01/06/21		Luane
5-010	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00			S	01/06/21		Luane
6-010	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA		16	1	12,00			S	01/06/21		Luane
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total 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		296,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2015 Luana C. S. Gaiari

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2015/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2015/RA

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2015/RA
Odontologia Especializada
FONE: (44) 3056-1019

Cirurgiã Dentista
Luana C. S. Gaiari
CRP-PR 30.530

AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR