

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.4P

1-Região 2102 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/04/12 12:12:00		5-Sessão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8119442		7-Data Validade da Guia 10/04/12 12:12:11		434997 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 10022025026836009095022 13-Nome CELOIR LEMOS DA SILVA 14-Data de Nascimento 05/10/1984 10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO RODRIGUES 20-Código CBO S 025 Faturar Empresa 24-UF PR 25-Código CNES 29107 26-Código CBO S 29107											
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 105740641903 22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI 26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI											
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Ord 36-Quantidade US 37-Valor 38-Valor/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura											
1-1001810000651 CONSULTA ODONTOLÓGICA 2-1001840000981 PROFILAXIA: POLIMENTO 3-1001840000981 PROFILAXIA: POLIMENTO 4-1001840000981 PROFILAXIA: POLIMENTO 5-1001840000981 PROFILAXIA: POLIMENTO 6-1001840000981 7-1001840000981 8-1001840000981 9-1001840000981 10-1001840000981 11-1001840000981 12-1001840000981 13-1001840000981 14-1001840000981 15-1001840000981											
43-Data Fim do Tratamento 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-1 45-Tipo de Faturamento 1-1 46-Total Quantidade US 1174100 47-Valor Total R\$ 1174100 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1174100											
Declaração: Após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Ainda, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados, não me comprometo a pagar ao 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 Profissional Responsável 52-Data, local e Assinatura da Empresa											

Leonardo A. P. Bringhenti
21/12/20
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107