GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLOGICO

2-Nº

437989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/12/20	17/12/20	AUTORIZADO	8132850	09/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002026836090953	POS REDE PRESTADORA	COAMO AGROINDUSTRIAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMILLY VITORIA DA SILVA RODRIGUES 10/06/2016	( )	MARCO ANTONIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Pertencente a PN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09746406419030	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 - 00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR				72,00		0,00	S	21/12/20		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10 -										/ /		
11 -										/ /		
12 -										/ /		
13 -										/ /		
14 -										/ /		
15 -										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de 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	72,00	0,00	

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.

52-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/12	21/12/20	/ /