



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2018	4-Data de Autocópia 01/10/2019	5-Série CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 8883310	7-Data Validade da Série 28/11/2019
--------------------------	---	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

670868
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025116865000270003	9-Plano POS REDE PRESTADORA
--	--------------------------------

10-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE

11-Data Validade da Carteira 00/00/00
--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FERNANDA VALENTE SANTANA

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano ALLINE AMALIO VALENTE SANTANA
--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento e RV N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI
---------------------------	--

18-Número no CNO 30530	19-UF PR
---------------------------	-------------

20-Código CBO S 025 -	21-Código CBO S Faturar Empresa
--------------------------	------------------------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 08351078921	22-Nome do Contratado Executante LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI
--	---

23-Número no CNO 30530	24-UF PR
---------------------------	-------------

25-Código CBO S 26-UF PR

26-Nome do Profissional Executante
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI

27-Número no CNO 30530

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Possibilidades Solicitadas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fração	35-CUJ	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-AUI	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	16100	0,00	0,00	S	17	Alone	
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	16100	0,00	0,00	S	17	Alone	
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 00/00/00	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2019	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/10/2019
---	---	---	--

Dra. Luana C. S. Gaiari
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30.530