

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/07/2012

4-Data de Autorização
13/07/2012

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7689237

7-Data Validade da Sentença
05/10/2012

335686
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202519774300047204

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
COCAMAR COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CARLOS ALBERTO RICARDO DE ANDRADE

24/03/2009

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ADRIANO OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIELI CAROLINI PALUDO

18-Número no CRO
29322

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08939293959

22-Nome do Contratado Executante
DANIELI CAROLINI PALUDO

23-Número no CRO
29322

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

DANIELI CAROLINI PALUDO

27-Número no CRO
29322

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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
1-00018101010030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			21/10/2012	afine
2-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			21/10/2012	afine
3-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			21/10/2012	afine
4-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			21/10/2012	afine
5-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			21/10/2012	afine
6-000184000198											
7-000184000198											
8-000184000198											
9-000184000198											
10-000184000198											
11-000184000198											
12-000184000198											
13-000184000198											
14-000184000198											
15-000184000198											

43-Data Previsão Término do Tratamento
21/10/2012

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
174,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
21/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/10/2012

52-Data, local e Assinatura da Empresa
21/10/2012

Dra. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR: 29322