



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª



396902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/11 01/12 01	4-Data de Autorização 11/19/11 01/12 01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962872	7-Data Validade da Serinha 11/13/11 01/12 11
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215312591600100101031	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome ANA LIVIA PAIVA INACIO	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano KELLY CAROLINE CAMPOS PAIVA
-----------------------------------	-------------------------------	--

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

10189319293935911111	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
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	10/11/2011	S	Kelly Paiva
2-100184000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	75	1	1	49,00	0,00	0,00	10/11/2011	S	Kelly Paiva
3-100184000074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	85	1	1	49,00	0,00	0,00	10/11/2011	S	Kelly Paiva
4-100184000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1	1	1	72,00	0,00	0,00	10/11/2011	S	Kelly Paiva
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 01/12 01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 111204,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-------------------------------------	--------------------	---

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), 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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11 01/12 01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
-------------------	---

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11 01/12 01	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
-------------------	---

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/11/11 01/12 01
