

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

335860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017 12:01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689931	7-Data Validade da Serinha 06/11/2012 01
--------------------------	---	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
NILSEMAR MARIA DOS SANTOS		9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCOS MARQUES DA SILVA	
13-Nome		27/02/1981					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 29322		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 089391293959		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		26-UF PR		27-Código CBO S (I) 85100218	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	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-	0 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/17	20	anil pere
2-	0 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	15/10/17	20	anil pere
3-	0 0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25 MOD		1	12,20	0,00		S	15/10/17	20	anil pere
4-	0 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21 P		1	6,10	0,00		S	16/10/18	20	anil pere
5-	0 0 0 8 5 3 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00		S	16/10/18	20	anil pere
6-	0 0 0 8 5 3 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00		S	16/10/18	20	anil pere
7-	0 0 0 8 5 3 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00		S	16/10/18	20	anil pere
8-	0 0 0 8 5 3 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00		S	16/10/18	20	anil pere
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término de Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$												
01/11/2017 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 375,00 0,00 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(ram) 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

Danieli Carolini Paludo

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

53-Data local e Assinatura da Empresa

06/10/2017

06/10/2017

06/10/2017