

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355132
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2018	4-Data de Autorização 11/11/2018	5-Sertha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7779902	7-Data Validade da Sertha 09/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020252011851000054011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LF INDUSTRIA E COMERCIO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome ERIKA SILVA VIEIRA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano ERIKA SILVA VIEIRA
-------------------------------	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO	18-Número no CRO 29322	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 Enviar - RX
--	---	---------------------------	-------------	-------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	IRPSD	1	1	34,00	0,00	0,00	S	11/08/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
2-0001810000421		RX PERIAPICAL		1	1	14,00	0,00	0,00	S	15/08/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
3-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
4-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
5-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
6-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
7-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
8-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
9-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
10-0001853000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	29/09/2018	Dr. Danieli Carolini Paludo
11-0001853000047											
12-0001853000047											
13-0001853000047											
14-0001853000047											
15-0001853000047											

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/2018	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 436,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2018	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/10/2018
---	---	---	--

Dr. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR - 29322