dontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355789

INTERCÂMBIO

| ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 12/08/20 | 18/08/20 | AUTORIZADO | 7782614 | 10/11/20 |

| Beneficiário / da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 20253104520000001 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | / / | |

NE ROSA BATISTA 25/03/1986

14-Telefone ( ) -

15-Nome do titular do plano: SIMONE ROSA BATISTA

| Contratado Responsável pelo Tratamento / nento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| | DANIELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

025 - Faturar Empresa

| na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 39392959 | DANIELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

| do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| ELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 25/08/20 | | Simone |
| 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 25/08/20 | | Simone |
| 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 25/08/20 | | Simone |
| 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 25/08/20 | | Simone |

| a Previsão Termino do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 25/08/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 144,00 | 0,00 | |

ro, 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 e ato. 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 valore ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

servação

| ta, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 25/08/20 | 25/08/20 | 25/08/20 Simone Ros | 25/08/20 |