

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 1 / 0 1 / 2 0		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7963343		7-Data Validade da Sentença 1 3 / 1 0 / 1 1 / 2 1		397038 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1 0 0 2 0 2 1 5 3 1 4 2 3 4 0 0 0 0 1 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano MARCIA QUIRINO DOS SANTOS ARAUJO			
13-Nome MARIA FERNANDA QUIRINO DOS SANTOS ARAUJO		11/09/2014		14-Telefone							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Mendicamento 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 0 8 1 9 3 9 2 9 3 9 1 5 9 1 1 1		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-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1- 0 0 1 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1 1 1 1 1 1 3 4 1 0 0		0 1 0 0		S 1 5 / 1 0 / 1 2 1 0		CRO	
2- 0 0 1 0 8 1 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1 1 1 1 1 1 7 2 1 0 0		0 1 0 0		S 1 2 9 / 1 1 0 / 1 2 1 0		CRO	
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 0 8 / 1 1 / 2 0 1 1		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Valor Total R\$ 1 1 1 0 6 1 0 0		47-Valor Total R\$ 1 1 1 0 1 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 0 1 0 0	

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 em 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 Cirurgião-Dentista Solicitante
0 8 / 1 1 / 2 0 1 1

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
0 8 / 1 1 / 2 0 1 1

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
0 8 / 1 1 / 2 0 1 1

53-Data, local e Cmbio de Empresa
0 8 / 1 1 / 2 0 1 1

Dr. Patricia Trancoso
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 28.375