



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



352945
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sessão
10/15/11/11/20

6-Número da Guia Principal
7769719

5-Sessão
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/11/08/12/01

3-Data de Emissão da Guia
07/10/08/12/01

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
LF INDUSTRIA E COMERCIO DE

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

15-Nome do titular do plano
SIMONE DIAS BATISTA ULIANA

05/04/1987

13-Nome
SIMONE DIAS BATISTA ULIANA

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIELI CAROLINI PALUDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08939293915911

22-Nome do Contratado Executante
DANIELI CAROLINI PALUDO

26-Nome do Profissional Executante
DANIELI CAROLINI PALUDO

31-Código do Procedimento
30-Tabela

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
14 PM

34-Face
16 D

35-Qtd
44 V

36-Quantidade US
34,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
S

40-Data de Realização
20/10/08/12/01

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
10/11/09/12/01

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
38,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

51-Data, local e Assinatura 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura 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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável