

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

368649
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/2019 11:20	4-Data de Autorização 10/3/2019 11:20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7842353	7-Data Validade da Guia 10/1/2012 12:01
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021025111640110010080011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome CRISTIANE MOREIRA DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CRISTIANE MOREIRA DOS SANTOS
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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

0893929395911	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-
---------------	---	---------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante

DANIELI CAROLINI PALUDO	27-Número no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 81000421-
-------------------------	---------------------------	-------------	-----------------	---------------

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- 010181001421		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00		11/03/20		
2- 010181001421		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00		11/03/20		
3- 111111111111												
4- 111111111111												
5- 111111111111												
6- 111111111111												
7- 111111111111												
8- 111111111111												
9- 111111111111												
10- 111111111111												
11- 111111111111												
12- 111111111111												
13- 111111111111												
14- 111111111111												
15- 111111111111												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/20	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	--------------------	---

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), 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 11/10/20	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/20	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/20	53-Data local e Assinatura da Empresa 11/10/20
--	--	--	---

Dr. Danieli Dentista
 Cirurgião Dentista
 CRO - PR-29322