

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

376117
INTERCÂMBIO

-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 0 9 / 1 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7874659		7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 1 2 / 1 2 0			
adoss do Beneficiário											
-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 6 2 1 3 0 0 0 0 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
3-Nome MATHEUS LORRAN ALVES DE JESUS											
14-Teléfono () -		18-Número no CRO 29322		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
adoss do Contratado Responsável pelo Tratamento											
6-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-			
1-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 0 8 9 3 9 2 1 9 3 9 5 9		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		29-Código CBO S			
6-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
0-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	16	O	1	16 1 1 0 0	0,00	0,00	S	18/10/2020	Agência
2-	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	26 1 1 0 0	0,00	0,00	S	24/10/2020	Agência
3-	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	36 1 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/2020	Agência
4-	0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	RMID		1	1 4 0 0	0,00	0,00	S	29/10/2020	Agência
5-	0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL			1	7 2 1 0	0,00	0,00	S	29/10/2020	Agência
6-	0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR									
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
13-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/2020		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 3 1 0 3 1 0 0		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação RS	

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.

19-Observação

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

50-Data, 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