



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342125
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 8 / 1 1 0 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7718111

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 12 / 10 7 / 12 0

3-Data de Emissão da Guia
12 10 / 10 7 / 12 0

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 9 3 4 4 0 0 0 1 3 1 0 1 1	10-Empresa INFORPLAST PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEIDIANE ALMEIDA DOS SANTOS	14-Telefone () / / / / / /	15-Nome do titular do plano LEIDIANE ALMEIDA DOS SANTOS	

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 / CPE 0 8 9 1 3 9 2 9 3 9 5 9	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322	28-UF PR	(I) 81000421 - (IF) 85200158-17

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				33-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	
1-0 0 1 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	17	1	1	1	1	1	1
2-0 1 0 1 8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1	1	1	1	1	1
3-1								
4-1								
5-1								
6-1								
7-1								
8-1								
9-1								
10-1								
11-1								
12-1								
13-1								
14-1								
15-1								

43-Data Previsto Término do Tratamento 1 17 / 10 8 / 12 0	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 5 4 7 0 0	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), 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 17 / 10 8 / 12 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17 / 10 8 / 12 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17 / 10 8 / 12 0
Dra. Danieli Carolini Paludo Cirurgiã Dentista CRO - PR- 29322		