

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

388829
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 00/12/01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7929568	7-Data Validade da Sentença 13/1/12 12/2/01
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 101020251164010000080011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome CRISTIANE MOREIRA DOS SANTOS		14-Teléfono () - - - - -	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 1089139293959111		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218	26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Tabella 31-Código do Procedimento		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 16 MOD 1	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-Asinatura
1-000851100218							
2-1							
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 Previsão Término do Tratamento 13/1/1101/1201	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação
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 realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.			

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/2/11 1101/1201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2/11 1101/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/11 1101/1201	53-Data, local e Cópia da Empresa 11/2/11 1101/1201
--	--	--	--

Dr. Danieli Carolini Paludo
CRO - PR: 29322