

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

387264
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 10/12/10	4-Data de Autorização 10/13/11 10/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924345	7-Data Validade da Serinha 13/01/12 1/2/10
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202151164011000004203	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
13-Nome GABRIELA FERNANDA AMADOR	27/07/1996	14-Telefone (11) 3244194	15-Nome do titular do plano CARMELITA APARECIDA DA SILVA AMADOR	

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 10181392939159111	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S

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
1-0018151100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00	0,00	1	10/11/2010	gabriele
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/11/10 10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1161,00	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), foforam 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

Dra. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR-29322

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/10 10/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/10 10/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável 08/11/10 10/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/10 10/12/10
--	--	---	--