

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2018	4-Data de Autorização 11/09/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7797345	7-Data Validade da Senha 11/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa AFCCVEMITASSOCIACAO DOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

8-Número da Carteira 01021021251121746000209031	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Data 14/01/2013	14-Telefone (11) 32447664	15-Nome do titular do plano WEVERSON WILLIAM RAGAZZI
--	--------------------------------	-----------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
---	--	--	--	--

16-Atendimento a RV 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 0189392913959111	22-Nome do Contratado / Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100200

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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01018110000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		12/05/2019		
2-01018151002001		RESTAURAÇÃO RESINA	64	DM	1	88,00	0,00	0,00		12/05/2019		
3-01018151002001		RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00	0,00		12/05/2019		
4-01018151002001		RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	88,00	0,00	0,00		12/05/2019		
5-01018151002001		RESTAURAÇÃO RESINA	75	OD	1	88,00	0,00	0,00		12/05/2019		
6-01018140000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00	0,00		12/05/2019		
7-01018140000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00	0,00		12/05/2019		
8-01018140000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00	0,00		12/05/2019		
9-01018140000741		APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00	0,00		12/05/2019		
10-01018140000901		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00	0,00		12/05/2019		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1654,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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) acima, e por mim assinado(s), tolfiram 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 02/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2019	52-Data, local e Assinatura da Empresa 02/10/2019	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/10/2019
---	---	--	--

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