

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



364729
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 08/12/01	5-Sinista AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824541	7-Data Validade da Sinista 12/04/11 11/12/01
--------------------------	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 101020251164010000042017		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data de Autorização 12/08/10 08/12/01		14-Teléfono (11) 32441914	
13-Nome VITOR HUGO LOPES DE SOUZA		24/09/1997		15-Nome do titular do plano CARMELITA APARECIDA DA SILVA AMADOR			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 29322		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018913192939591111		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		25-Código CNES 29322		26-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		29-Código CBO S (I) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													38-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	38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101811000065						CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34,00	0,00	0,00	S	26/08/20			
2-010185300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1		36,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
3-010185300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1		36,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
4-010185300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1		36,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
5-010185300047						RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1		36,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
6-0101811000421						RX PERIAPICAL	RPIE		1		14,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
7-0101851100196						RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1		61,00	0,00	0,00	S	28/09/20			
8-0101851100196						RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1		61,00	0,00	0,00	S	02/10/20			
9-0101851100196						RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1		61,00	0,00	0,00	S	28/09/20			
10-0101851100196						RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1		61,00	0,00	0,00	S	02/10/20			
11-0101851100196						RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1		61,00	0,00	0,00	S	16/11/20			
12-0101851100200						RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1		88,00	0,00	0,00	S	28/10/20			
13																		
14																		
15																		

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/09/10 12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 158510101	46-Valor Total R\$ 158510101	47-Valor Total R\$ 158510101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 158510101
--	--	--	---------------------------------	---------------------------------	--

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 em 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/09/10 12/01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/10 12/01	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/10 12/01
---------------	---	---	---

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