



2-Nº

357960
INTERCÁMBIO

7-Data Validade da Senha
15/11/201

6-Número da Guia Principal
7792315

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
19/10/81 20

3-Data de Emissão da Guia
17/08/20171-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
0 0 2 0 2 5 1 1 6 4 0 1 0 0 0 0 8 4 0 2		POS REDE PRESTADORA		SINDICATO DOS SERVIDORES		_ _ _ _ _ _ _ _			

13-Nome	THIAGO TELES DA SILVA
14-Telefone	() - - - - -
15-Nome do titular do plano	MAIARA ANDRESSA ZAGO

16-Alteramento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	DANIELI CAROLINI PALUDO		18-Número no CRO	29322	19-UF	PR	20-Código CBO S	025 -
---------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	--	------------------	-------	-------	----	-----------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01893192193959	DANIELI CAROLINI PALUDO	29322	PR	

26-Nome do Profissional Executante	DANIELI CAROLINI PALUDO		
27-Número no CRO	29322		
28-UF	PR		
29-Código CBO S			

10-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 0 0 0	18 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	1	14,00	0	S	2012/08/12	

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

3-Data Previsto Término do Tratamento 2018/11/20	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento ☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
---	------------------------	--	--------------------------------	----------------------------	---

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) acima, e por mim assinado(s) abaixo, 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 previsto em contrato.

9-Observação

0-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	31/10/18	11/219
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	31/10/18	11/219
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	31/10/18	11/219
53-Data, local e Assinatura do Responsável	31/10/18	11/219
54-Data, local e Assinatura da Empresa	31/10/18	11/219