

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

383016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/10 09/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905450	7-Data Validade da Senha 12/03/11 12/12/01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00021021532275900000010101	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------------	--	---------------------------------------

Dados do Contratado

13-Nome WILLIAN AGREIRA DOS SANTOS	14-Telefone (11) 11111111	15-Name do titular do plano WILLIAN AGREIRA 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 00893929393959	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	27-Número no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 81000421- (I) 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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0008110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
2-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
3-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
4-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
5-0008110000421		RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
6-0008110000421		RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
7-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
8-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
9-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
10-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
11-0008151000196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
12-0008151000200		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
13-0008151000200		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			15/10/10 09/12/01	W. Agreira
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/01/10 09/12/01	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 726,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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.

Imagens analisadas

(Assinatura) **Dra. Danieli Carolini Paludo**
Cirurgiã Dentista
CRO - PR - 29322

50-Data local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 09/12/01	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 09/12/01	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 09/12/01	53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 09/12/01
---	---	---	---