

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

387466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/11 01/12/10	4-Data de Autorização 10/13/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7924521	7-Data Validade da Senha 13/10/11 12/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102021531293010000101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11
13-Nome DIESLEY GREICE DA SILVA	28/04/1995	14-Telefone (111) 1111-1111	15-Nome do titular do plano DIESLEY GREICE DA SILVA

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 / CPE 101891392939591111	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-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
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00				20/11/20	D. Wesley
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/11/20	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 61,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), 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
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/20 Wesley	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/20 Wesley	53-Data, local e Cartão da Empresa 20/11/20
---	--	--	--

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