

 2.7×10^6 355139
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011		4-Data de Autorização 13/08/2012		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7779930		7-Data Validade da Serinha 09/11/2012		355139 INTERCAMBIO											
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 002025201851000034061																							
13-Nome CLEUSA GOMES DA SILVA																							
14-Telefone ()																							
15-Nome do titular do plano ELAINE BATISTA DA SILVA																							
10-Empresa LF INDUSTRIA E COMERCIO DE																							
11-Data Validade da Carteira / /																							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO																					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0893929395911		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO																					
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322																					
25-Código CNES () 81000421-		24-UF PR																					
28-UF PR		29-Código CBO S																					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		19-UF PR																					
16-Número no CRO 29322		15-UF PR																					
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 Class 42-Assinatura	
1-000181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		HASD		1		3400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
2-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HASE		1		3600		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
3-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAID		1		3600		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
4-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		HAIE		1		3600		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
5-000185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		RMSD		1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
6-0001810000421		RX PERIAPICAL		1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
7-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
8-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
9-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
10-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
11-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
12-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
13-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
14-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
15-0001810000421				1				1		1400		0100		0108/108/2012		S		31/08/2012		r clauso			
43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/2012		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortoçontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 192100		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-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 no 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-Observação

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

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

3-Data, local e Carimbo da Empresa