



2-Nº

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



University of California, San Diego, La Jolla, California

364513
INTERCambio

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
78236125-Senha
AUTORIZADO

	4-Data de Autorização	C C C C C C C C
		 2 . 0 ..

Data de Emissão da Guia

Registro ANS	3-E
--------------	-----

Dados do Beneficiário						12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira				
COOPERFESTADORA	UNI COOPERATIVA	DENTAL	/ /				

0	0	2	0	2	5	1	0	4	5	2	0	0	0	0	1	0	2
PUS REDE PRESTADORA																	
DENTIL UNI COO CREDITIVA																	
14-Telefone																	
15-Nome do titular do plano																	
SIMONE DOSA BATISTA																	
3-Nome																	

MARCELO LEITE DE SOUZA	29/06/1979	() () () - () () ()	SIMONE ROSA BATISTA
------------------------	------------	---------------------------	---------------------

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	CPF
0	0	0	0	0	2	0	2	0	5	0
22-Nome do Contratado Executante										
DANIEL I CAROLINI PAULO										
23-Número no CRO										
29322										
24-JF										
PR										
25-Código CNES										

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	11/03/2011
44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Otorrinológico 2-Exame Radiológico 3-Oftalmologia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	1-1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US	1 1 9 5 0 0
47-Valor total R\$	1 1 0 0 0 0

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 contratado que, assinando esse documento, os valores e custos previstos no orçamento, e arcar com os custos previstos no orçamento.

Dr. Danieli Carolini Galvão

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/08/2019	11/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/08/2019	11/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	10/08/2019	11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/08/2019	11/20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----