

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

348914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 0 7 1 2 0 1	4-Data de Autorização 0 3 1 0 8 1 2 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7750526	7-Data Validade da Sentença 12 18 1 1 0 1 2 0 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário			10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--	---	---------------------------------------

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 6 4 0 1 0 0 0 8 4 0 2 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Data de Autorização 30/04/1986	14-Telefone () 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15-Nome do titular do plano MAIARA ANDRESSA ZAGO
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
---	--	--	-------------	--------------------------

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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 9 3 9 2 9 3 9 5 9 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 81000421-
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-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 Gbisa 42-Assinatura
1- 0 0 1 8 5 1 0 1 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	1 2 2 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
2- 0 0 1 8 5 1 0 1 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	1 2 2 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
3- 0 0 1 8 1 0 0 1 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
4- 0 0 1 8 1 0 0 1 0 4 2 1		RX PERIAPICAL	RMID		1	1 4 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
5- 0 0 1 8 5 1 0 1 0 2 1 8		RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDP	1	1 2 2 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
6- 0 0 1 8 1 0 0 1 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
7- 0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
8- 0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
9- 0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
10- 0 0 1 8 5 3 0 1 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0,10	0,10	1	05/11/2019	
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 05/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 5 1 7 2 1 0 1	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	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 no contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 05/11/2019
---------------	---	---	--

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