

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

335836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/07/20		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7689846		7-Data Validade da Serinha 06/10/20			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1010202525657000050041		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ARIOVALDO COSTA PAULO CIA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
13-Nome FLAVIO DE LIMA RIBEIRO		14-Telefone () 32401337		15-Nome do titular do plano JOSISLAINE DE PAULA BERNARDO							
Dados do Profissional Solicitante											
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 1089139293959		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-			
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		29-Código CBO S		(I) 81000421-			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Obj	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3400	0,00	0,00		10/07/20	Colch
2-00081000421		RX PERIAPICAL	RMSE		1	1400	0,00	0,00		16/07/20	Colch
3-00081000421		RX PERIAPICAL	RMSD		1	1400	0,00	0,00		16/07/20	Colch
4-00081000875		EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	7300	0,00	0,00		16/07/20	Colch
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1135,00		0,00		0,00	

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/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

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/07/20

51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/07/20

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/07/20

53-Data local e Assinatura da Empresa
16/07/20

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