



Validade para até 3 anos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24h

472200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/2021		4-Data de Autorização 09/10/2021		5-Senha AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8278335		7-Data Validade da Senha 09/10/2021	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 001202528617100000201											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome ALESSANDRO SOARES DE CAMARGO											
14-Telefone ()											
15-Endereço do Titular do plano ALESSANDRO SOARES DE CAMARGO											
16-Endereço do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08939293959											
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO											
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-Moeda da Glosa 42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		25/10/21	
2-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	16,10	0,00	0,00			
3-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	8,80	0,00	0,00			
4-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	0,00	0,00			
5-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,10	0,00	0,00			
6-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6,10	0,00	0,00			
7-00185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8,80	0,00	0,00			
8-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,10	0,00	0,00			
9-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		25/10/21	
10-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		25/10/21	
11-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		25/10/21	
12-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		25/10/21	
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/21		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1686,00		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), 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
25/10/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/10/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/10/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

54-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

55-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

56-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

57-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

58-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

59-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

60-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

61-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

62-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

63-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

64-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

65-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

66-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

67-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

68-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

69-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

70-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

71-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

72-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

73-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

74-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

75-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

76-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

77-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

78-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

79-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

80-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

81-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

82-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

83-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

84-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

85-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

86-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

87-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

88-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

89-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

90-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

91-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

92-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

93-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

94-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

95-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

96-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

97-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

98-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

99-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

100-Data, local e Assinatura da Empresa
25/10/21

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