

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 06/10/2016		4-Data de Autorização 08/10/2016		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7618388		7-Data Validade da Sentença 04/10/2019		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202025298493000014021				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa COMERCIO DE BANANAS				11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome SILVANIA DOS SANTOS NUNES FERNANDES													
14-Telefone () / /													
15-Nome do titular do plano ISRAEL CARDENA FERNANDES													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
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-Data Validade da Carteira / /		22-Data Validade da Carteira / /	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08939293959		24-UF PR		25-Código CNES 29322		26-UF PR		27-Código CBO S 85100218		28-UF PR		29-Código CBO S 85100200	
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-Motivo da Glosa 42-Assinatura		
1-0101815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OVP	1	1	122,00	0,00	0,00	0,00	07/11/2011	Luciano		
2-0101815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	1	18,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
3-0101815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	1	6,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
4-0101815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	1	6,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
5-0101815100218	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
6-0101815100218	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
7-0101815100218	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
8-0101815100218	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	05/11/2011	Luciano		
9-0101810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	08/11/2011	Luciano		
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/2011		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$ 510,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 em 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 02/10/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 02/10/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/10/2011
---	---	---	--

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