

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

385872
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 09/12/01	5-Senhia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917445	7-Data Validade da Senha 12/08/11 12/12/01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	---

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

8-Número da Carteira 100202025111640101000420151	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Data Validade da Carteira 07/08/2012	15-Nome do titular do plano CARMELITA APARECIDA DA SILVA AMADOR
---	--------------------------------	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO	18-Número no CRO 29322	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108931921939591111		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES
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		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
1-010184000074	32-Descrição APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	49,00	0,00	0,00	10/08/11	10/12/10		
2-010184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	49,00	0,00	0,00	10/08/11	10/12/10		
3-010184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	49,00	0,00	0,00	10/08/11	10/12/10		
4-010184000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	1	49,00	0,00	0,00	10/08/11	10/12/10		
5-010184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	72,00	0,00	0,00	10/08/11	10/12/10		
6-010181001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	10/08/11	09/12/10		
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/08/10 10/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 3 0 2 0 0 0	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	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 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

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

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/08/10 10/12/10

51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/10 10/12/10

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/08/10 10/12/10

53-Data Local e Assinatura da Empresa
10/08/10 10/12/10