

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

372432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 09/12 01	4-Data de Autorização 11/11/10 09/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7857637	7-Data Validade da Senha 10/08/11 12/12 01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 10 02 10 12 15 2 04 0 5 1 1 0 0 0 0 7 5 10 12	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DI MARJAN INDUSTRIA E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11 11
13-Nome NICOLY VITORIA DIAS SANTOS	27/01/2011	14-Telefone (1111) 1111 1111	15-Nome do titular do plano THAIS FERNANDA DIAS

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 18 19 13 19 12 9 13 15 19 11 11	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														37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
30-Tabela	31-Código do Procedimento										32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US						
1-0 0 1 8 4 0 0 0 0 9 0											APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR				1	7 2 1 0 0	0 1 0 0		01/11/10	19/12/10	
2-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
3-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
4-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
5-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
6-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
7-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
8-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
9-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
10-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
11-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
12-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
13-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
14-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					
15-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1																					

43-Data Previsão Tempo do Tratamento 10/11/11 11/12 10	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-Total Quantidade US 17 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ 10 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10 1 0 0
---	--	---	--------------------------------------	--------------------------------	---

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 Profissional Solicitante 10/11/10 11/12 10	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/12 10	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/12 10	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/11/10 11/12 10
---	---	---	---

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