



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349161
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
12/9/11 01/12/01

6-Número da Guia Principal
7751695

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/5/10 8/12/01

3-Data de Emissão da Guia
13/1/10 7/12/01

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

000210252584200002903

13-Nome

BRUNA ROBERTA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

DANIELI CAROLINI PALUDO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0189392913959

26-Nome do Profissional Executante

DANIELI CAROLINI PALUDO

Número de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-00081000030

CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

3-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

4-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

5-00085300047

RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL

6-00000000000

7-00000000000

8-00000000000

9-00000000000

10-00000000000

11-00000000000

12-00000000000

13-00000000000

14-00000000000

15-00000000000

13-Data Prevista Término do Tratamento

10/10/10 8/12/01

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

10-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

07/10/11 8/12/01

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

07/10/11 8/12/01

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/10/11 8/12/01

53-Data local e Assinatura da Empresa

07/10/11 8/12/01

19-Observação

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(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.

45-Tipo de Faturamento

1-Total

2-Parcial

46-Total Quantidade US

1178101

47-Valor Total R\$

1178101

48-Total Franquia / Co-participação R\$

1178101

Dra. Danieli Carolini Paludo

Cirurgiã Dentista

CRO - PR: 29322

BRUNA ROBERTA DOS SANTOS

07/10/11 8/12/01