

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



338059
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 3 / 0 7 / 1 2 0	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699479	7-Data Validade da Semana 1 1 / 1 1 0 / 1 2 0
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado		Dados do Plano	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 6 5 2 8 9 0 0 0 0 2 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DLIRUS INDUSTRIA E COMERCIO	
13-Nome THIAGO BATISTA POSSANI		23-09/1992		11-Data Validade da Carteira 1 1 / 1 1 0 / 1 2 0	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Plano	
16-Atendimento a RN DANIELI CAROLINI PALUDO		15-Nome do titular do plano GEISIANE BETELIN DE JESUS ALVES	

Dados do Profissional Solicitante		Dados do Plano	
17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		19-UF PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 9 3 9 2 9 3 9 5 9		23-Número no CRO 29322	
--	--	---------------------------	--

26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322	
---	--	---------------------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Código CBO S	
---	--	-----------------	--

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-0 0 1 8 1 0 0 1 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 1 0 0	0,00			13/07/2020	
2-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
3-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
4-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
5-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
6-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
7-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
8-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
9-0 0 1 8 5 1 0 1 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6 1 1 0 0	0,00			01/10/2020	
10-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0,00			01/10/2020	
11-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0,00			01/10/2020	
12-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0,00			01/10/2020	
13-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0,00			01/10/2020	
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-1 po de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 6 6 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 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), 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 Profissional Solicitante 10/11/2020	51-Data local e Assinatura do Profissional Assistente 10/11/2020	52-Data local e Assinatura do Profissional Contratado 10/11/2020
---------------	--	---	---

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