

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2017	4-Data de Autorização 10/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689931	7-Data Validade da Sanha 06/11/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

3-Número da Carteira 0020202530511910000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome NILSEMAR MARIA DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARCOS MARQUES DA SILVA
--------------------------------------	------------------------------	--

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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 089392193959	22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	23-Número no CRO 29322	24-UF PR	25-Código CNES PR
---	---	---------------------------	-------------	----------------------

26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO	27-Número no CRO 29322	28-UF PR	29-Código CBO S PR	30-Código CBO S (I) 85100218
---	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------------

31-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados	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
---	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		15/10/2017		
2-00181000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	1	4,00	0,00		15/10/2017		
3-00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	1	2,00	0,00		31/10/2017		
4-00185100119	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	1	6,00	0,00		06/10/2017		
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	3,60	0,00		06/10/2017		
6-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	3,60	0,00		06/10/2017		
7-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	3,60	0,00		06/10/2017		
8-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	3,60	0,00		06/10/2017		
9-00185300047											
10-00185300047											
11-00185300047											
12-00185300047											
13-00185300047											
14-00185300047											
15-00185300047											
16-00185300047											
17-00185300047											
18-00185300047											
19-00185300047											
20-00185300047											
21-00185300047											
22-00185300047											
23-00185300047											
24-00185300047											
25-00185300047											
26-00185300047											
27-00185300047											
28-00185300047											
29-00185300047											
30-00185300047											
31-00185300047											
32-00185300047											
33-00185300047											
34-00185300047											
35-00185300047											
36-00185300047											
37-00185300047											
38-00185300047											
39-00185300047											
40-00185300047											
41-00185300047											
42-00185300047											
43-00185300047											
44-00185300047											
45-00185300047											
46-00185300047											
47-00185300047											
48-00185300047											
49-00185300047											
50-00185300047											
51-00185300047											
52-00185300047											
53-00185300047											
54-00185300047											
55-00185300047											
56-00185300047											
57-00185300047											
58-00185300047											
59-00185300047											
60-00185300047											
61-00185300047											
62-00185300047											
63-00185300047											
64-00185300047											
65-00185300047											
66-00185300047											
67-00185300047											
68-00185300047											
69-00185300047											
70-00185300047											
71-00185300047											
72-00185300047											
73-00185300047											
74-00185300047											
75-00185300047											
76-00185300047											
77-00185300047											
78-00185300047											
79-00185300047											
80-00185300047											
81-00185300047											
82-00185300047											
83-00185300047											
84-00185300047											
85-00185300047											
86-00185300047											
87-00185300047											
88-00185300047											
89-00185300047											
90-00185300047											
91-00185300047											
92-00185300047											
93-00185300047											
94-00185300047											
95-00185300047											
96-00185300047											
97-00185300047											
98-00185300047											
99-00185300047											
100-00185300047											

3-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	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 375,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	--

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 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.

3-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável 06/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 06/10/2017	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/10/2017
---	---	--	--

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