

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

391147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 1 1 0 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 0 8 / 1 1 0 / 1 2 0 1	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939152	7-Data Validade da Sentença 0 4 / 1 0 1 / 1 2 1 1
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa LF INDUSTRIA E COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 0 1 8 5 1 0 0 0 5 6 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome SIMONE DIAS BATISTA ULIANA		14-Telefone () / / / / / /	
15-Nome do titular do plano SIMONE DIAS BATISTA ULIANA		16-Data Validade da Carteira / / / / / /		17-Data Validade da Carteira / / / / / /		18-Data Validade da Carteira / / / / / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 9 3 9 2 9 3 9 5 9		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (0) 85100218		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		30-Tabella	31-Código do Procedimento	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-	0 0 1 8 5 1 0 1 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1	1 2 2 1 0 0	0 1 0 0	0 1 3 1 0 1 1 2 0 1 2 0					
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento 1 1 3 / 1 1 0 / 1 2 0 1	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 1 1 2 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ 1 1 2 2 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 2 2 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 1 1 3 / 1 1 0 / 1 2 0 1	51-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 3 / 1 1 0 / 1 2 0 1 Simone D.B. <i>uliana</i>	52-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 1 3 / 1 1 0 / 1 2 0 1
---------------	---	---	---

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