

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

329843

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/10 16/12/01	4-Data de Autorização 12/09/10 16/12/01	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662114	7-Data Validade da Serha 12/03/10 09/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa LF INDUSTRIA E COMERCIO DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 1010202151201185110100050011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		14-Telefone (11) 11111111	
13-Nome RAQUEL FERREIRA VIDAL		15-Data de Nascimento 15/01/1998		15-Nome do titular do plano RAQUEL FERREIRA VIDAL			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 29322		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -	
17-Nome do Profissional Solicitante DANIELI CAROLINI PALUDO		23-Número no CRO 29322		24-UF PR		Faturar Empresa Enviar - RX	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101893192193959111		22-Nome do Contratado Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		25-Código CNES 29322		(I) 81000421- (II) 82001286-38	
26-Nome do Profissional Executante DANIELI CAROLINI PALUDO		27-Número no CRO 29322		28-UF PR		(I) 82001286-48 (II) 81000421-	

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			
1-00108202000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
2-00108202001286		REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	36,10	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
3-00108202001286		REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	36,10	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
4-00108110004211		RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
5-00108110004211		RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
6-00108110004211		RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
7-0010811000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	01/07/12			
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		
11/11/11			1-Tratamento Odontológico			1-Total 2-Parcial			871,00		0,00		
			3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	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 871,00	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 em 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 Cirurgião-Dentista 16/07/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/07/12
---------------	---	---	---	--

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