



Indicador para uso off

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Rogatório ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 14/12/11	4-Data de Autorização 06/10/15 11/2/11	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8513269	7-Data Validade da Serha 12/2/10 17/12/11
---------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 01012012510918270101010110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONTELES CONTABILIDADE LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/01/1994	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome DAIANE DA COSTA GOMES	14-1 telefone (11) 31271411811	15-Nome do titular do plano JOEL BARBOSA
----------------------------------	-----------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUANA DA SILVA GONCALVES	18-Número no CRO 28450	19-UF PR	20-Código CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1251591277890	22-Nome do Contratado Executante ANTONIO SAVERIO BALDINU	23-Número no CRO 26195	24-UF PR	25-Código CNES 30262927, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jacana, 512, SALA 01, CENTRO, SARANDI
26-Nome do Profissional Executante ANTONIO SAVERIO BALDINU	27-Número no CRO 26195	28-UF PR	29-Código CRO S 09	

30-1-Inibido	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Die	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Módulo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	811010405			1	78,00	0,00	0,00	0,00	51101061121		DAIANE
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Enxertia	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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) julgam 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/10 16/12/11 DAIANE DA COSTA GOMES	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/11/11
---	---	--	--

Clinica de Imagem
Baldinu Pires - RFI
CNPJ: 26.541.941/0001-53