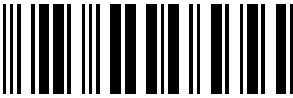


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1745482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 1 / 2 4	4-Data de Autorização 1 7 / 0 1 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12055983	7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 4 / 2 4
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 9 0 2 5 5 0 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAIME DA SILVA CORREA 27/01/1989		14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano JOSIANE BUENO DA PAIXAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA DRA PRISCILA SILVEIRA DE CAMARGO	18-Número no CRO 18488	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 2 1 1 8 4 6 1 0 0 0 1 0 3	22-Nome do Contratado Executante PRISCILA SILVEIRA DE CAMARGO EIRELI	23-Número no CRO 18488	24-UF PR	25-Código CNES 7122535	
26-Nome do Profissional Executante PRISCILA SILVEIRA DE CAMARGO	27-Número no CRO 18488	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	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 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		3 4 0 0		0 0 0		S	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento _ _ / _ _ / _ _	44-Tipo de Atendimento _ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento _ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US _ _ _ 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ _ _ _
---	--	---	---	---	--

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), foi/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 Solicitante _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
--	--	--	--