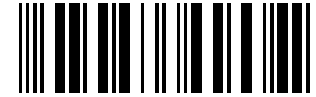


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2507823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 1 0 / 2 5	4-Data de Autorização 1 7 / 1 0 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14504070	7-Data Validade da Senha 1 6 / 1 2 / 2 5
---------------------------------	---	---	------------------------------	---	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 1 1 8 4 0 3 0 0 0 4 7 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICE 1000MEDIC LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708200129220645
13-Nome MARCELO EDUARDO MONTEIRO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO EDUARDO MONTEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA VITORIA BOBALO BOSI	18-Número no CRO 37481	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6 1 9 1 6 5 5 6 0 0 0 1 1 7	22-Nome do Contratado Executante MARIA VITORIA BOBALO BOSI ODONTOLOGIA ME	23-Número no CRO 37481	24-UF PR	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante MARIA VITORIA BOBALO BOSI		27-Número no CRO 37481	28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100226 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100226

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 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	32	IV	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	1 6 / 1 0 /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VI	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	1 6 / 1 0 /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OV	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	1 6 / 1 0 /		
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VO	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	1 6 / 1 0 /		
5-	0 0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMDL	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	1 6 / 1 0 /		
6-	0 0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OLMD	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
7-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MD	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
8-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	ID	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
9-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
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 8 3 3 , 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 1 5 / 1 0 / 2 5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 5 / 1 0 / 2 5	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 5 / 1 0 / 2 5
--	---	---	---

[Assinatura]

[Assinatura]