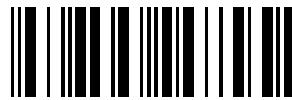


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 9 /0 2 /2 5	4-Data de Autorização 1 9 /0 2 /2 5	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 13559795	7-Data Validação da Senha 2 0 /0 4 /2 5	13559795						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 8 6 5 7 0 0 0 0 5 7 0 1	9-Plano AVANCADO + DOC ORTO	10-Empresa FRISIA COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira 1 4 /0 9 /2 5	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708106516664837								
13-Nome FABIANO JOSE DUCHEIKO	29/09/1981	14-Telefone (4 2) 3 2 3 1 - 9 1 2 3	15-Nome do titular do plano FABIANO JOSE DUCHEIKO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRC CENTRO RADIOLOGICO DE CASTRO	18-Número no CRO 12549	19-UF PR	20-Código CBO S 09								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 5 2 7 9 6 6 0 0 0 1 0 6	22-Nome do Contratado Executante LUCIANE F S IMBRONIZIO	23-Número no CRO 12549	24-UF PR	25-Código CNES 9999999								
26-Nome do Profissional Executante LUCIANE DE FATIMA IMBRONIZIO		27-Número no CRO 12549	28-UF PR	29-Código CBO S 09								
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- 9 4 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA		1	1	1 7 7 ,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 1 7 7 ,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 / /									