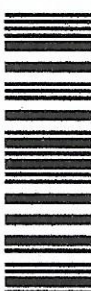




transmissão para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ºº



462735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/1/21	4-Data de Autização 12/7/10/1/21	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8237244	7-Data Validade da Sentença 12/6/10/14/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102020253162280000000901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IDEAL ACCOUNTING SERVICE	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome LARISSA DE CASSIA FRANCISCO	13/04/1991	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LARISSA DE CASSIA FRANCISCO
--	------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	18-Número no CRO 26829	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09124144916	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	23-Número no CRO 26829	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO	27-Número no CRO 26829	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura	
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6,100	0,00		S	01/02/21			
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,100	0,00		S	01/02/21			
3-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	6,100	0,00		S	01/02/21			
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
43-Data Previsto Término do Tratamento	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	1183,00	47-Valor Total R\$	0,00	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(ram) 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 Beneficiário 12/11/2010/1/21	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 12/11/2010/1/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2010/1/21	53-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 12/11/2010/1/21
--	--	--	---

FONE: (44) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR