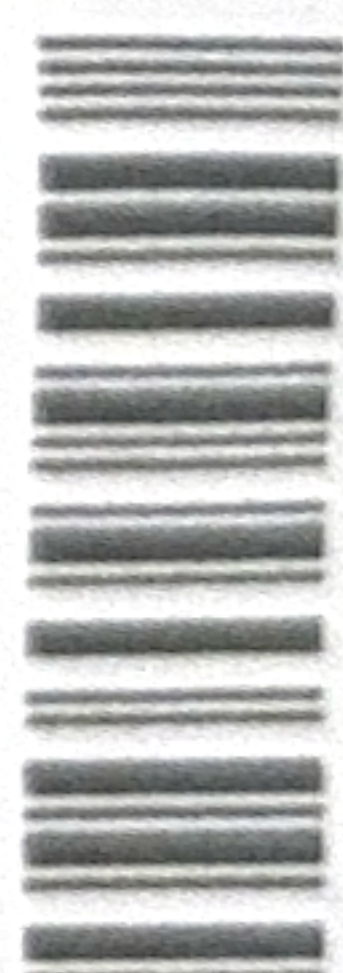




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



2519091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/14/11/10/12/5

4-Data de Autorização
12/14/11/10/12/5

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14534352

7-Data Validade da Senha
12/13/11/12/12/5

8-Número da Carteira
10/02/02/51124350900000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700706969514879

13-Nome
CLEONICE PEREIRA DE MATOS DA SILVA

08/09/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOAO MARIA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE CAROLLINE LOURENCO

18-Número no CRO
29402

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

15115981599000148

22-Nome do Contratado Executante
BELLA ODONTOLOGIA LTDA

23-Número no CRO
29402

24-UF
PR

25-Código CNES
4377222

26-Nome do Profissional Executante
DANIELLE CAROLLINE LOURENCO

27-Número no CRO
29402

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			12/14/10/12/5		Chavira
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	34,00									

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 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

28/10/25

28/11/10/12/5

28/11/10/12/5

28/11/10/12/5 Cleonice P de matos

28/11/10/12/5

28/11/10/12/5

28/11/10/12/5

28/11/10/12/5