

428088
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCULIDA

24



425834
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/12/0	4-Data de Autorização 12/5/11/12/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8081913	7-Data Válida da Série 12/1/02/12/1
8-Atividade do Beneficiário 10/02/02/52/97/19/30/00/04/01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAPI LTDA	11-Data Válida da Carteira 1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ ANTONIO FERREIRA	14-Telefone () () () () () ()	15-Nome do titular do plano LUIZ ANTONIO FERREIRA	16-Data de Nascimento 18/08/1977	17-Data de Validade da Guia 18/08/1977	
18-Atendimento a RV N	19-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20-Código CBO S 025 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Atendimento no CRO 20813
24-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	25-Código do Profissional 20813	26-Código CBO S 20813	27-Atendimento no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S 20813
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demonstração	34-Fase	35-CBO
1-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
7-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
8-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
9-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
10-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
11-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
12-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
13-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
14-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36
15-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	36

43-Data Fim do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Ocorrência US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1/1/1/1/1	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	178,00	10,00	10,00

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 atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações

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
1/1/1/1/1	12/11/11/12/0	12/11/11/12/0	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 68.70690