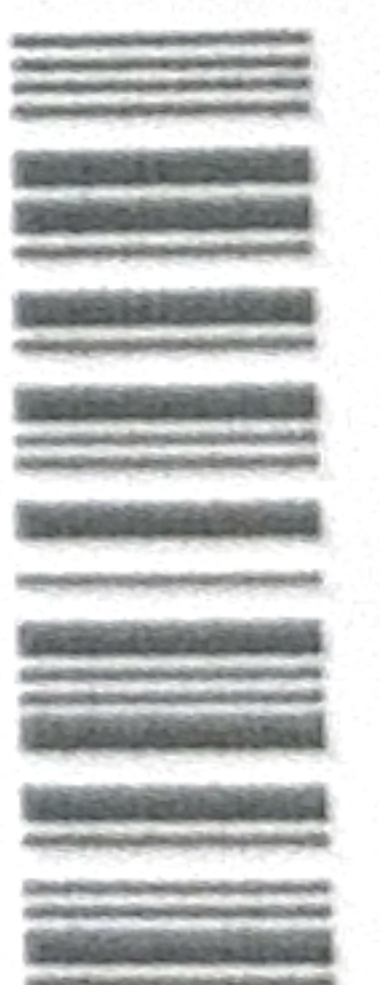




1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/11 01/215 4-Data de Autorização 12/09/11 01/215 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14554856 7-Data Válida da Serha 12/08/11 12/12/15

2525335
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020215112986110000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome PAMELA ROBERTA DOS SANTOS FERRARI 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano PAMELA ROBERTA DOS SANTOS FERRARI 23/09/1985

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE CAROLINE LOURENCO 18-Número no CRO 29402 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 151159859000148 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 CAROLINE LOURENCO 27-Número no CRO 29402 28-UF PR 29-Código CBO S

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	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	14,00	0,00			12/10/11		
2-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			13/11/10		
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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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 31/11/10/1215 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/11/10/1215 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 31/11/10/1215 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/10/1215

55.1568-2391.001-1468
ODONTOLÓGICA LTDA

56.1568-2391.001-1468
ODONTOLÓGICA LTDA