



478221  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2011 4-Data de Autorização 11/09/2011 5-Sanção CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 8302986 7-Data Validade da Sanção 11/08/2015

8-Número da Carteira 01020253162280000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa IDEAL ACCOUNTING SERVICE 11-Data Validade da Carteira 11/07/2011 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LIEGE CRISTINA CARDOSO COUTINHO 14-Teléfono ( ) - - - - - 15-Nome do titular do plano LIEGE CRISTINA CARDOSO COUTINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 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 ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 23-Número no CRO 26829 24-UF PR 25-Código CBO S  
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-Face | 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                         | 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 47      | 0      | 1                | 6 1,00   | 0,00                            | S      | 01/03/21              |                   |               |
| 2.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9.        |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 16.       |                           |                 |                    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

43-Data Previsto 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 6 1,00 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(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-Consultante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

*Dra. Ana Carolina Machado*  
Cirurgiã Dentista  
CRO-PR 26829

*Dra. Ana Carolina Machado*  
Cirurgiã Dentista  
CRO-PR 26829

*Rosa e Riani*  
Odontologia Especializada  
CNPJ 34.293.007/001-60  
FONE: (44) 3055-1019  
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-360 - UMLAR - MA - PR