

**Odontolife**  
transfadora para xerox

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



415350  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                         |                                     |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão de Guia<br>11/01/2011 | 4-Data de Autorização<br>11/01/2011 | 5-Serviço<br>AUTORIZADO | 6-Número de Guia Fimcial<br>8037466 | 7-Data Validade da Guia<br>01/02/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                              |                                |                                      |                                          |                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 8-Número do Cartão<br>0102025307259000000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade do Cartão<br>11/01/2011 | 12-Número do Cartão Nacional de Seguro<br>415350 |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|

|                                |                                     |                                                    |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LAURO JOSE DO PRADO | 14-Data de Nascimento<br>21/01/1966 | 15-Nome do titular do plano<br>LAURO JOSE DO PRADO |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                          |                                                                  |                           |             |                                             |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MATHEUS FELIPE COLOMBELLI | 18-Número no CRO<br>27073 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO 3<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|

|                                                    |                                                               |                           |             |                                                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| 21-Código de Operadora / CBO / CFE<br>090560719801 | 22-Nome do Contratado Secundário<br>MATHEUS FELIPE COLOMBELLI | 23-Número no CRO<br>27073 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNEB<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200158-46<br>(I) 81000421- |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                           |             |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|
| 26-Nome do Profissional Secundário<br>MATHEUS FELIPE COLOMBELLI | 27-Número no CRO<br>27073 | 28-UF<br>PR | 29-Código CBO 3<br>025 -<br>Faturar Empresa |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dentes/Região | 34-Face | 35-Cat | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Medico da Clínica | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1-00      | 85200158                  | TRATAMENTO ENDODONTICO | 46               | 1       | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 4/11/2011             |                      |               |
| 2-00      | 85200158                  | RX PERIAPICAL          | RMID             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 4/11/2011             |                      |               |
| 3-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 4-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 5-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 6-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 7-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 8-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 9-00      |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 10-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 11-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 12-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 13-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 14-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |
| 15-00     |                           |                        |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                      |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/01/2011 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>547,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é (s) por mim assinado(s), e (s) 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 no contrato.

49-Observação: Matheus Felipe Colombelli  
Cirurgião - Dentista  
CRO-PR 27073

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante<br>11/01/2011 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>11/01/2011 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/01/2011 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/01/2011 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

CLÍNICA ODONTOLÓGICA  
SCHERER LTDA  
CNPJ: 07.738.896/0001-50  
CRO-PR 1205 - CNES 6808999