



1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 4-Data de Autorização 12/6/11 5-Santa CONCLUÍDO 6-Número da Guia Principal 8094901 7-Data Validade da Santa 12/14/12

428952  
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1012025106443700100761011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDARSPEN SIND AGENTES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDILSON APARECIDO DE MEDEIROS 27/03/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDILSON APARECIDO DE MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 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 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA FERREIRA MACHADO 23-Número no CRO 26829 24-UF PR 25-Código CNES

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         | 00811000030               | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 3      | 4,00             | 0,00     | 5,01                            | 02/12/11 |                       |                   | Edilson       |
| 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 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Decisão, 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 Assinatura do Operador

Dr. Ana Carolina Machado  
Cirurgiã Dentista  
CRO-PR 26829

Dr. Ana Carolina Machado  
Cirurgiã Dentista  
CRO-PR 26829

OPONTOLOGIA ESPECIALIZADA  
FONE: (24) 3056-1019  
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2  
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR