



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2015	4-Data de Autorização 21/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14138419	7-Data Validade da Senha 19/09/2015	2391454 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

8-Número da Carteira 002025120590700036901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BO PAPER BRASIL INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ROGELIO FERRAZ BARSOZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROGELIO FERRAZ BARSOZA	

16-Endereço e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DAIANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER	18-Número no CRC 25146	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Carteira / CNP / CPF 46665718000106	22-Nome do Contratado Executante ODONTOCLIN CLINICA INTEGRADA LTDA	23-Número no CRC 25146	24-UF PR	25-Código CNES 4624629
26-Nome do Profissional Executante DAIANNY BORKOSKI CARVALHO MULLER		27-Número no CRC 25146	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Carter Regio	34-Faixa	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	00810000055	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0000					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fim do Tratamento / /	44-Tipo de Tratamento 1-Tratamento 2-Estado 3-Crônica 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$
----------------------------------	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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

Assinatura:

49-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável	50-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável	51-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	--