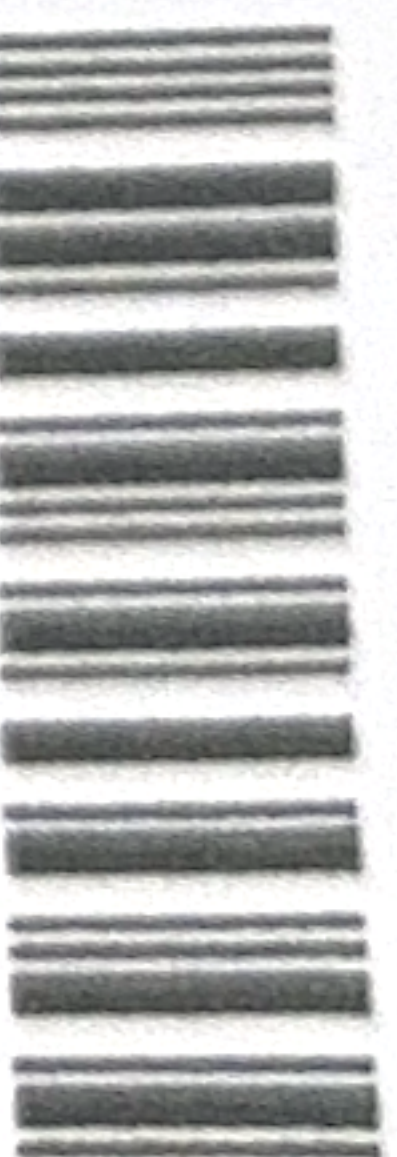




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2519088

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/14/11/10/12/15		4-Data de Autorização 12/14/11/10/12/15		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14534329		7-Data Validade da Série 12/13/11/12/12/15		
8-Número da Carteira 10102025112435090000101011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome JOAO MARIA DA SILVA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JOAO MARIA DA SILVA		16-Data de Nascimento 16/09/1976						
16-Atendimento a RN N		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 151159815990001148		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						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1314100	0,00			10/12/15		João
2-0	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		14000	0,00			10/12/15		João
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão 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 174,00		47-Valor Total R\$ 10,00		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

61.596

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/10/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/15

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/10/12/15

53-Data, local e Carimbo da Em
28/10/15

LA ODO... LTDA
Romeu Lauro Werlang, 822 - B. B.
Cidade - 65.601-020 - Francisco Beltrão - RN