



2.4.



INTERCAMBIO

1-Sigmento ANS	406814
3-Data de Emissão da Guia	12/8/10 7/12/11
4-Data de Autorização	12/8/10 7/12/11
5-Sentença	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8871500
7-Data Validada da Sentença	12/6/11 0/12/11

10-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 0 5 3 4 6 0 0 0 0 0 1 0 1	11-Ptmo POS REDE PRESTADORA	12-Engracia DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Dia Validade da Carteira / /	14-Número do Cartão / /
--	--------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------

14- Telephone () - ()	15- Nome do titular do plano SIDNEI ANTONIO DIAS
24/08/1965	SIDNEI ANTONIO DIAS

16-Alcunamento e RN	17-Acres do Promissorial Solicitante	18-Número no CRO	19-Jur	20-Código CRO S
N	BARBARA STACHERA	30197	PR	025

0	6	5	4	0	1	3	6	9	1	9	22-Nome do Contratado Especialista BARBARA STACHERA	23-Numero no CRO 30197	24-Uf PR	25-Código CNES	Envio 07.05.17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------------	--------------------	----------------	-------------------

BARBARA STACHERA	29-Condigo CBC S	(I) 851
30197	20-Up	(I) 851
PR		

30 - Inicial	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R
100	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DM	1	8.800,00	0,00	

[illegible]

0	0	8	5	1	0	0	1	9	6	RESTAURAÇÃO RESINA									
12	V		1	6		1	0	0											

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

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 médicas e a pagar o valor estabelecido no orçamento apresentado. 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 Odenor e a sua rede de prestadores de serviços a executar o tratamento, desde que não haja nenhuma contraindicação médica.

Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
	<i>Cirurgião Dentista</i>	<i></i>

[illegible]