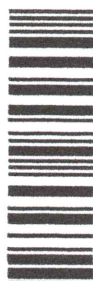


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



351726
INTERCAMBIO

Região ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/05/2018		4-Data de Autorização 11/08/2018		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7763620		7-Data Validação de Serviço 03/11/2018	
Número da Carteira 010202527746700000102		6-Plano POS REDE PRESTADORA		7-Data Validação da Carteira 07/03/1985		10-Empresa ARNALDO LOPATA		11-Data Validação do Plano 01/01/2018		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome JULIANA VALERIA BOIKO DE SOUZA		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA AYRES DE MELLO		22-Nome do Contratado Exatante JULIANA AYRES DE MELLO		18-Número no CBO 19803		19-UF PR		20-Código CBO S	
3-Atendimento a RN		27-Telefone ()		23-Número no CRO 19803		24-UF PR		25-Código CNES		Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-36	
3-Nome do Profissional Exatante JULIANA AYRES DE MELLO		27-Número no CBO 19803		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Franchising-Participação R\$		39-Aut S104/09/2018	
3-Data Prevista Término do Tratamento 04/08/2018		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onco-Orla 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantizado US 533,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franchising / Co-Participação R\$	
6-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 6-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 6-Data, local e Assinatura da Empresa 6-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (o) procedimento(s) descrito(s) acima, a por mim assinado(s), foi(forn) 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. 6-Observação											

Dr. Juliana A. de Mello
CRO-PR 19803