



1-Registro ANS 406414	2-Dados de Emissão da Guia 10/4/10/2/12/2	4-Data de Autorização 10/4/10/2/12/2	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9546796	7-Data Validade da Guia 10/5/10/15/12/2
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira 0/0/2/0/2/5/3/6/3/2/7/2/0/0/0/0/1/0/2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/10/1988	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ANGELUCIA BEZERRA DE QUEIROZ
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Atendimento a R# N	17-Nome do Profissional Solicitante ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO 20852	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0/5/15/6/4/6/4/4/9/4/8	22-Nome do Contratado Encarregado ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO 20852	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Encarregado ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO 20852	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ad	40-Data de Realização	41-Método da Guia	42-Atendimento
1	0/0/0/1/8/1/0/0/0/0/3/0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3/4	10,00					25/11/03/11/22
2	0/0/0/1/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3/5	10,00	10,00					25/11/03/11/22
3	0/0/0/1/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3/5	10,00	10,00					25/11/03/11/22
4	0/0/0/1/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3/5	10,00	10,00					25/11/03/11/22
5	0/0/0/1/8/4/0/0/0/1/9/8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3/5	10,00	10,00					25/11/03/11/22
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dados Previsto Termo do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
---------------------------------------	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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

Estevan Soares Scherer
Imposto / Nota

CLINICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.173.896/0001-50
CNPIS: 07.173.896/0001-50
CNPIS: 07.173.896/0001-50
CNPIS: 07.173.896/0001-50