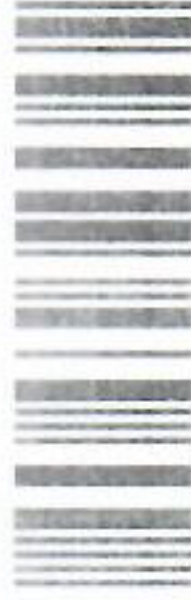


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



407288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/11 01:02:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8005659		7-Data Validade da Senha 12/06/11 11:21			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 1001202519291800015302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa REMASA REFLORESTADORA SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DHENIFFER LEMOS CORREIA											
14-Telefone (11) 11111111											
15-Data Validade da Carteira 02/06/1995											
15-Nome do titular do plano GUILHERME FRAGOZO											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		18-Número no CRO 29107		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10974064190311		22-Nome do Contratado Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		23-Número no CRO 29107		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200			
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI		27-Número no CRO 29107		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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22 MP	1	88000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27 O	1	61000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16 O	1	61000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
4-00000000000											
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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-Quaseção	
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
25/11/20	Leonardo A. P. Bringhenti
51-Data local e Assinatura do Beneficiário	
25/11/20	Guilherme Fragozo
52-Data local e Assinatura do Profissional Contratado	
25/11/20	Leonardo A. P. Bringhenti
53-Data local e Assinatura da Empresa	
25/11/20	Remasa Reflorestadora SA