



3-Data de Emissão da Guia	12/01/2011
4-Data de Autorização	12/01/2011
5-Semeta	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8212351
7-Data Validada da Semeta	12/01/2011

0 2 0 2 5 1 1 6 8 6 5 0 0 0 2 5 5 0 3	0-Empresa UNIAO OESTE PARANAENSE DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	--	---	---------------------------------------

SIMEIRE GAZOLA DOS SANTOS	10/09/1974	(<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>) (<u> </u>)
JACQUELINE GAZOLA DOS SANTOS SIQUEIRA		

00 - Contratação Respostável pelo Tratamento	
17 - Nome do Profissional Solicitante	
18 - Número no CRO	
19 - UF	
20 - Código CBO S	
CNPJ	

ndimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA		18-Número no CRO 30728		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Tipo na Operadora / CNPJ / CPF 1771150311810		22-Nome do Contratado Executante PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA		23-Número no CRO 30728		24-UF PR		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 86100200	

[illegible]

36 Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Denoma/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Francharia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura
085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00		S			<i>Assinado</i>

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

to, 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 cada procedimento(s) descrito(s) acima, a partir do 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 para o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

SERVIÇO

2ª- local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 / / - / /

5ª-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 / / - / /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 20/10/11 - ELIX Respondeite

53-Data, local e Carimbo da Empresa
 20/10/11 - ELI 700/2
 E. M. Mazor

Paola C. Harnau
Chirurgia Dentista
CRO-PR 30728