

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AOS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 09/11/2012 4-Dia de Autorização 13/01/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8132054 7-Dia Validade da Guia 09/10/2013 437809 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020253364590000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VICTOR EMANOEL PAWLAK DA SILVA 09/12/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA TEREZA PAWLAK

16-Abandono e RN 17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Número no CRO 19231 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora (CNAJ / CPF) 22-Nome do Contratado Excepcional CICERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excepcional CICERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Prescrição / Solicitação

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranjo	34-F209	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Participação R\$	39-Aui	40-Dia de Realização	41-Novo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	30,00	01/12	12	Maria
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	04,00	01/12	11	Maria
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	23,00	01/12	11	Maria
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	23,00	01/12	11	Maria
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 24400 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração, 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. Declino, 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 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

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CICERO AYRES DE MELLO NETTO
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231