

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



347802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2017		4-Data de Autorização 16/09/2017		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7745174		7-Data Validade da Santa 12/11/2017	
8-Número da Carteira 000202523814300000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome JACI GARABELI MARIANO						26/11/1946		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JACI GARABELI MARIANO	
Diretor do Contrato / Responsável pelo Tratamento 16-Abandono a RN CICERO AYRES DE MELLO NETTO						17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		18-Número no CRO 19231		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994						22-Nome do Contratado Excepcional CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231		24-UF PR	
28-Nome do Profissional Excepcional CICERO AYRES DE MELLO NETTO						27-Número no CRO 19231		29-UF PR		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Vol/lor	38-Franch/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula
1-0	0	8 5 4 0 0 1 1 4	COROA TOTAL EM CERÔMERO	41	1	4 7 2 0 0	0 0 0	5 1 6 0 9 2 0			
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono	1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US
16/11/09/20										4 7 2 0 0	47-Valor Total R\$
Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorização 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), 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.										48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/10/2017										16/10/2017	16/10/2017
Cicero Ayres de Mello Netto										INTERCÂMBIO	347802