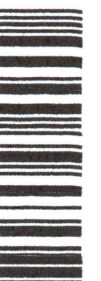


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



312745
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/03/2015		4-Data de Autorização 03/07/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Numero da Guia Principal 7569353		7-Data Validade da Senha 11/08/2015																																																																																																																																																																									
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																			
8-Numero da Carteira 00202523814300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA																																																																																																																																																																											
13-Nome JACI GARABELI MARIANO				26/11/1946				14-Telefone ()																																																																																																																																																																											
15-Nome do titular do plano JACI GARABELI MARIANO																																																																																																																																																																																			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																																																																																																																																																			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		18-Numero no CRO 19231		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		21-Data Validade da Carteira 11/03/2015																																																																																																																																																																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994		22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Numero no CRO 19231		24-UF PR		25-Código CNES 6220166-41		26-Data Validade da Carteira 11/03/2015																																																																																																																																																																									
28-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO				27-Numero no CRO 19231		28-UF PR		29-Código CBO S																																																																																																																																																																											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																																																																																																																																																																			
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0085200166		32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO		33-Dente/Região 41		34-Face 1		35-Qtd 2		36-Quantidade US 5800																																																																																																																																																																									
37-Valor 0,00		38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00		39-Aut S		40-Data de Realização 03/07/2015		41-Motivo da Glosa X		42-Assinatura X																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <tr><td>2-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												2-												3-												4-												5-												6-												7-												8-												9-												10-												11-												12-												13-												14-												15-											
2-																																																																																																																																																																																			
3-																																																																																																																																																																																			
4-																																																																																																																																																																																			
5-																																																																																																																																																																																			
6-																																																																																																																																																																																			
7-																																																																																																																																																																																			
8-																																																																																																																																																																																			
9-																																																																																																																																																																																			
10-																																																																																																																																																																																			
11-																																																																																																																																																																																			
12-																																																																																																																																																																																			
13-																																																																																																																																																																																			
14-																																																																																																																																																																																			
15-																																																																																																																																																																																			
43-Data Revisão Termino do Tratamento 03/07/2015		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial																																																																																																																																																																									
46-Total Quantidade US 25800		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00																																																																																																																																																																															

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
03/07/2015
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/07/2015
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/07/2015
53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/07/2015

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231