

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



376985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010 4-Data de Autorização 27/10/2010 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7878757 7-Data Validade da Semeta 15/12/2010

8-Número da Carteira 00202502683600660901 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome FELIPE FERREIRA ALVES 30/07/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FELIPE FERREIRA ALVES 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Declaração do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a 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 (CNO) / CPF 05895575994 22-Nome do Contratado/Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item 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-Moeda de Base	42-Avaliação
1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00		S	22/10/2010		
2-0000000000											
3-0000000000											
4-0000000000											
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/10/2010 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Francel 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 realizados 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2010 53-Data, local e Campo de Empresa 22/10/2010

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