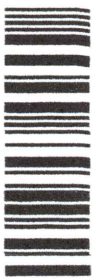




certificado para o(a) paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



312584
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2010/05/12/01	4-Data de Autorização 02/2010/06/12/01	5-Semina AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7558056	7-Data Validade de Semina 11/2010/08/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102012521500200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/2010/08/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DIONIZIA DA LUZ DOS SANTOS					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano CLAUDIO DE SOUZA					
16-Atendimento a RN CICERO AYRES DE MELO NETTO					
17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELO NETTO					
18-Número no CRO 19231					
19-UF PR					
20-Código CBO S 025- Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994					
22-Nome do Contratado Excedente CICERO AYRES DE MELO NETTO					
23-Número no CRO 19231					
24-UF PR					
25-Código CNES 26-Código CBO S					
27-Número no CRO 19231					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00
2-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00
3-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00
4-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00
5-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
6-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
7-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
8-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
9-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
10-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
11-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
12-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
13-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
14-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
15-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00
43-Data Prevista Término do Tratamento 01/10/2010					
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 3015,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
49-Observação					
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/2010 <i>Cicero Ayres de Mello Netto</i>					
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2010 <i>Cicero Ayres de Mello Netto</i>					
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2010 <i>Claudio de Souza</i>					
53-Data local e Carimbo da Empresa 03/10/2010 <i>Cicero Ayres de Mello Netto</i>					

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