



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



344768
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/2017	4-Data de Autorização 05/10/2017	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7731377	7-Data Validade de Sentia 21/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020125012683600336011	5-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COAMO AGRINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome FABIO SCHMIDT DE MOURA			14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIO SCHMIDT DE MOURA	
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	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 / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado/Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNEIS Enviar - RX (UF) 85200166-22
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-010852001668	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente/Região 22	34-Face 1	35-Qtd 2	36-Quantidade US 5800
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prevista Término do Tratamento 05/10/2017					
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					
Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Cirurgião Solicitante 05/10/2017					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/2017					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/2017					
53-Data, local e Cemitio da Empresa 05/10/2017					

Cicero Ayres de Mello Netto

CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231