

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/12 4-Data de Autorização 12/3/12 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8123042 7-Data Validade da Série 10/7/13 8-Data Validade da Guia 10/7/12

435900
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202502502683600529601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALEXANDRE SOARES WEBER 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALEXANDRE SOARES WEBER

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Número no CRO 19231 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200

21-Código na Ordem / CNU / CPF 05895575994 22-Nome do Contratado Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES (1) 85100218 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico de Otorrino 42-Administrador
1-0	0	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD 1	122,00	0,00	0,00	S	23/12/20	
2-0	0	85100210	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD 1	88,00	0,00	0,00	S	23/12/20	
3-0											
4-0											
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncológico 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 210,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchising / 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), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cícero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231