

2-N^o

1-Registro AIS		3-Dia de Entrega da Guia		4-Dia de Autocredito		5-Semeta		6-Número da Guia Principal		7-Dia Válido de Semeta	
406414		1161111210		2211111210		AUTORIZADO		8057463		1141101211	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira				9-Piano				10-Empresa			
10102102153121731561010101011011				POS REDE PRESTADORA				DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome				14-Telefone				15-Nome do Titular do plano			
RUTE CRISTIANE RODRIGUES				18/12/1992				RUTE CRISTIANE RODRIGUES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Aprendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CRO S		025 - Faturar Empresa	
N		GABRIEL FABIANI		29697		PR					
21-Código na Operadora CNPJ / CPF				22-Nome do Contratado Executante				23-Número no CRO		24-UF	
0193115219159100				GABRIEL FABIANI				29697		PR	
25-Nome do Profissional Executante				26-UF				27-Código CRO S			
GABRIEL FABIANI				PR							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00		05/11/2010		Route
2-1	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36	0,00	0,00		05/11/2010		Route
3-1	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36	0,00	0,00		05/11/2010		Route
4-1	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36	0,00	0,00		05/11/2010		Route
5-1	0	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36	0,00	0,00		05/11/2010		Route
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento: 05/11/2010

44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Fracionamento: 1-Total 2-Fracionado

46-Total Quantidade US: 178,00

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 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, é por mim assinado(s), (colocar 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.

49-Observação

Dra. Gabriela Fabiani
Cirujana Dentista
CRO PR 29697