

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2010 4-Data de Autorização 12/09/09/2010 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7788143 7-Data Validade da Santa 11/2011/2010

356978
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0102025308304000001013 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11

13-Nome LUIZ FERNANDO HUMENCHUK LEMES 21/05/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do Plano DIDIER KLAIDE HUMENCHUK OLIVEIRA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Atendimento no CRO 19231 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CBO / CPF 05895575994 22-Nome do Contratado Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S 30-Valor 31-Franquia/Co-participação R\$ 32-Aut 33-Data de Realização 34-Motivo da Classe 42-Assinatura

Piloto de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	085400262	PINO PRE-FABRICADO	21	1	1	18,00	0,00			12/09/2010	42-ASSINATURA	
2-0	085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21	1	1	54,00	0,00			12/09/2010	42-ASSINATURA	
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 Prevista Término do Tratamento 12/09/2010 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 272,00 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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/09/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2010 53-Data, local e Assinatura do Dentista 12/09/2010

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