

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/11/2010 4-Data de Autorização 12/11/2010 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7954627 7-Data Validade da Série 11/11/2011 8-Data Validade da Guia 11/11/2011

394983
INTERCÂMBIO

9-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101201253062761000011021 9-Bairro POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/11/2011

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JOAO MARCOS HUMENCHUK

13/10/2009

14-Telefone

15-Nome do titular do plano LIDIA HUMENCHUK

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante CICCERO AYRES DE MELLO NETTO

18-Número no CRO 19231

19-UF PR

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNEP / CPF

10581955759914 CICCERO AYRES DE MELLO NETTO

22-Número do Contratado Excludente CICCERO AYRES DE MELLO NETTO

23-Número no CRO 19231

24-UF PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excludente

CICCERO AYRES DE MELLO NETTO

27-Número no CRO 19231

28-UF PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rengão	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1.00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	24/10/2010	< 100	
2.00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	22/10/2010	< 100	
3.00												
4.00												
5.00												
6.00												
7.00												
8.00												
9.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												
16.00												
17.00												
18.00												
19.00												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

1212,00

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/foram 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

24/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa

24/11/2010

Cicero Ayres de Mello Netto

CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231