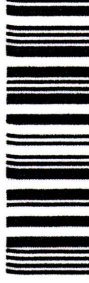


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2019	4-Data de Autorização 12/01/2019	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7919057	7-Data Validade da Sinthe 12/01/2020
8-Número da Carteira 0020202502683600529603					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde					
13-Nome ROSI PORTUGAL PENNA WEBER					
14-Telefone ()					
15-Nome do titular do plano ALEXANDRE SOARES WEBER					
16-Atendimento 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					
21-Código no Operadora / CNP / CPF 0518951575994					
22-Nome do Contratado Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO					
23-Número no CRO 19231					
24-UF PR					
25-Código CNES () 85100200					
26-Nome do Profissional Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO					
27-Número no CRO 19231					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento 1-001851002001	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 15 OD 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 88000
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut 20/11/20					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura					
43-Data Término do Tratamento 20/11/20					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 88000					
47-Valor Total R\$					
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 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 Solicitante
20/11/2019, Curitiba, PR, Alex Weber

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/11/2019, Curitiba, PR, Alex Weber

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/11/2019, Curitiba, PR, Alex Weber

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/2019, Curitiba, PR, Alex Weber

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