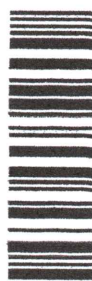


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



343853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/2017	4-Data de Autorização 12/12/2017	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7549329	7-Data Validade da Santa 10/10/2018
8-Número da Carteira 0102025277467000101021			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ARNALDO LOPATA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome PAULA VALERIA BOIKO DE SOUZA			07/03/1985	14-Teléfono () - - -	15-Nome do titular do plano ARNALDO LOPATA
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR
26-Nome do Profissional Exatante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231	28-UF PR	20-Código CBO S 025 -	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	40	ML	1	8,810,00	0,00	S	04/08/2013	0410	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6,10,00	0,00	S	04/08/2013	0304	
3-0	0											
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 04/08/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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, e por mim assinado(s), tenham 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.

48-Observação
Imagens analisadas. Plano 46 houve possibilidade de restauração direta, com 16 por unidade de. *dentado 36 restauração era necessária devido a abração na cavidade com danos à integridade.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2017 20h Mello Netto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2017 20h Mello Netto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2017 20h Mello Netto	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/10/2017 20h Mello Netto
---	---	---	--

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