

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



396190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7959864	7-Data Validade da Senha 12/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202021502683600566002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome DANIELE FILIPIAK BILIK	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDSON SILVA BILIK	16-Data de Nascimento 07/02/1985	17-Data Validade da Carteira / /	18-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Código do Procedimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Data Validade da Carteira / /	24-Data Validade da Carteira / /
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
25-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	26-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	28-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	29-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO	30-Data de Nascimento CICERO AYRES DE MELLO NETTO
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Descrição 1-00851001916 RESTAURAÇÃO RESINA	32-Quantidade US 16	33-Valor M	34-Quantidade US 16	35-Valor M	36-Quantidade US 16
37-Valor M					
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
39-Aut S					
40-Data de Realização 23/11/2012					
41-Motivo da Obra 42-Aquisição +					
43-Data Previsto Término do Tratamento 23/11/2012					
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 16,00					
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, e por mim assinado(s), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2012
---------------	---	---	---

CICERO AYRES DE MELLO NETTO
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODENTISTA
CRO-PR 19231