

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



328976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4066414	3-Data de Emissão da Guia 2/4/10 6/12/0	4-Data de Autorização 1/4/10 7/12/0	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7657704	7-Data Validade da Série 12/2/10 9/12/0
8-Nome da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 0 4 5 8 0 0 0 0 1 0 1			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MIRIAM GONCALVES DA LUZ			01/05/1967	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MIRIAM GONCALVES DA LUZ
Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição 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 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 8 9 5 5 7 5 9 9 4	22-Nome do Contratado Excludente CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excludente CICERO AYRES DE MELLO NETTO	27-Número no CRO 19231		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1.	0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5,0 0	0,0 0		S	14/10/20		mgbr
2.	0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5,0 0	0,0 0		S	14/10/20		mgbr
3.	0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5,0 0	0,0 0		S	14/10/20		mgbr
4.	0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	3 5,0 0	0,0 0		S	14/10/20		mgbr
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 14/10/20	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 1 4 0,0 0	47-Valor Total R\$ 0,0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,0 0
--	---	--	-------------------------------------	-----------------------------	--

Decido, 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. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tornam 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/10/2010 / *Paulo de Mello Netto*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/2010 / *Paulo de Mello Netto*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/2010 / *mgbr*

53-Data, local e Cargo da Empresa
14/10/2010 / *Paulo de Mello Netto*

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