

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro AIS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2010 4-Data de Autorização 11/11/2010 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8044063 7-Data Validade da Guia 10/09/2012 8-Data Validade da Guia 10/09/2012

416903
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 00202502683600529502 10-Endereço COAMO AGRINDUSTRIAL 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Centro Nacional de Saúde

13-Nome ANDRELI DO PRADO ZELLA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EDER LUCAS CAVAZONI 16-Abordamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Número no CRO 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 05895575994 22-Nome do Contratado Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CÍCERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aui	40-Data de Realização	41-Nome da Guia 42-Assinatura
1.000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35	00	00	00	16/12/20	16	
2.000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35	00	00	00	16/12/20	16	
3.000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35	00	00	00	16/12/20	16	
4.000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35	00	00	00	16/12/20	16	
5.000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18 O	1	61	00	00	00	16/12/20	16	
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/12/20 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 20100 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2010 / Cícero Ayres de Mello Netto 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2010 / Cícero Ayres de Mello Netto 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2010 / Eder Lucas Cavazoni 53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010 / Cícero Ayres de Mello Netto