

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro AAS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/09/11 12/12/10 4-Carte de Autorização 13/0/11 12/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 81332763 7-Data Validade da Sentença 10/09/10 13/12/11 437969 INTERCÂMBIO

8-Número do Contrato 10/0120253364590000011011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA TEREZA PAWLAK 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA TEREZA PAWLAK

16-Abandono a RN 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 Enviar - RX (1) 85100218

21-Código na Operadora / ODA / CPE 1058955751994 22-Nome do Contratado, Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante 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-Dentes/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

1-00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	1	1	6100	0,00	0,00	30,12	30	X	Meio Paulist
2-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODL	1	12200	0,00	0,00	04,01	21	X	Meio
3-00000000000											
4-00000000000											
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

43-Data Prevista Término do Tratamento 04/01/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 18300 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/11 11/21 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/11 11/21 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/11 11/21 53-Data, local e Assinatura do Emprego 04/10/11 11/21

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