



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

tro ANS 114	3-Data de Emissão da Guia 1 1 / 1 0 8 / 2 0 1	4-Data de Autorização 1 3 / 1 0 8 / 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7779747	7-Data Validade da Senha 1 0 / 9 / 1 1 1 / 2 0 1
----------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

o Beneficiário	ro da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 1 2 5 3 1 0 4 5 2 0 0 0 0 0 1 0 2		POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	

[illegible]

o Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante		DANIELI CAROLINI PALUDO							
18-Número no CRO		29322							
19-UF		PR							
20-Código CBO S		025 -							
Faturar Empresa									
Enviar - RX									
(I) 81000421-									
22-Nome do Contratado Executante									
23-Número no CRO		29322							
24-UF		PR							
25-Código CNES									
26-Código CBO S									
27-Número no CRO		29322							
28-UF		PR							
29-Código CBO S									
30-Nome do Profissional Executante									
31-Número no CRO		29322							
32-UF		PR							
33-Código CNES									
34-Código CBO S									

[illegible]

o, 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 e a pagar o valor devido. 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 devidos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2011	53-Data, local e Caimento da Empresa 11/10/2011
Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i>	Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>[Assinatura]</i>	Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i>	Assinatura da Empresa <i>[Assinatura]</i>
Nome do Cirurgião-Dentista Dra. Daniela Carolini Patuado	Nome do Cirurgião-Dentista Dra. Daniela Carolini Patuado	Nome do Beneficiário / Responsável Dra. Daniela Carolini Patuado	Nome da Empresa Dra. Daniela Carolini Patuado
Registro Profissional CRQ - PR: 29322	Registro Profissional CRQ - PR: 29322	Registro Profissional CRQ - PR: 29322	Registro Profissional CRQ - PR: 29322