



1-Número AAS 406414	3-Dados da Guia 13/1/10/12/0	4-Data de Autenticação 16/1/10/12/0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952705	7-Data Validade da Sentença 11/1/10/11/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/1/0/5/8/6/3/0/0/0/2/0/9/0/4			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS			11-Data Validade da Carteira / / / / / / / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					

GABRIEL ZATORSKI PEREIRA
14-Name
27/09/2012
14-Telephone
(14 11)
3 3 8 3 - 19 9 8 3
15-Home address do penit
CESAR ZATORSKI PEREIRA

Dados do Certificado Responsável pelo Tratamento	
16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Societário BARBARA STACHERA
18-Número no CRO 30197	19-Uf PR
20-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa	

21 - Cópia na Diretoria / CNPJ / CPF	0 6 5 4 0 1 3 6 9 1 9
22 - Nome do Contribuinte Especialista	BARBARA STACHERA
23 - Número no CRO	30197
24 - UF	PR
25 - Código CNES	
Enviar - RX (i) 85100218 (i) 85100220	

26-Nome do Profissional Executante BARBARA STACHERA	27-Número no CRO 30197	28-Uf PR	29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200	(1) 85100218
---	----------------------------------	--------------------	---	---------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

12

[illegible]

43-Dados Previstos Terminos do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia Co-participação R\$
1 Tratamento Oculológico 2 Exame Refractorio 3 Odontologia 44 Infancia/Embarcancia	1	1 Total 2 Parcela	17641001	1000001	

O declarante, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em lei.

	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sei
Entendo o significado e a importância da intervenção proposta	☒	☐	☐
Concordo com a realização da intervenção proposta	☒	☐	☐
Estou disposto a pagar pelo tratamento proposto	☒	☐	☐

19. Ocorrência

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	02/11/2015	3
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/11/2015	3
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	04/11/2015	3
53-Dia, local e Carimbo da Empresa	11/11/11	1

[illegible]