

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



396818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 15/11/2012 4-Dia de Autorização 03/11/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7962371 7-Dia Validade da Santa 13/10/12 11

8-Número da Carteira 002025308304000000103 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ FERNANDO HUMENCHUK LEMES 21/05/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DIDIER KLAIDE HUMENCHUK OLIVEIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 18-Número no CRO 19231 19-LUF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994 22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 23-Número no CRO 19231 24-LUF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO 27-Número no CRO 19231 28-LUF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentura/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1		73,00	0,00		03/11/20
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

43-Dia Previsto Término do Tratamento 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 73,00 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/2012 [Assinatura] 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/2012 [Assinatura] 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/2012 [Assinatura] 53-Dia, local e Cópia da Empresa 03/11/2012 [Assinatura]

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