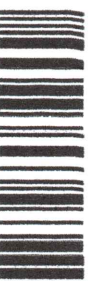


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



341373
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012		4-Data de Autorização 13/11/2012		5-Seria AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 7714963		7-Data Validade da Seria 15/11/2012	
8-Número da Carteira 0102025026836006918501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LEONARDO XAVIER DE CAMPOS		10/03/1989		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEONARDO XAVIER DE CAMPOS					
Declaro, que após ler 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.											
48-Observação											

16-Abandono a RN N		17-Nome do Profissional Societário CICERO AYRES DE MELLO NETTO		18-Número no CRO 19231		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 05895575994		22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		23-Número no CRO 19231		24-UF PR		25-Código CNES (1) 85100218		26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Franchise/Co-participação R\$		31-Aut 31/03/2012		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
30-1-Descrição		30-2-Descrição		33-Dentista/Renja		34-Face		35-Ord		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura															
1-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		18		OMP		1		12200		000		310320																					
2-																																			
3-																																			
4-																																			
5-																																			
6-																																			
7-																																			
8-																																			
9-																																			
10-																																			
11-																																			
12-																																			
13-																																			
14-																																			
15-																																			

43-Data Previsto Término do Tratamento 31/10/2012		44-Tipo de Abandono 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 12200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franchise / Co-participação R\$	
--	--	---	--	--	--	---------------------------------	--	---------------------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/10/2012		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/2012		53-Data, local e Assinatura da Empresa 31/10/2012	
---	--	---	--	---	--	--	--