

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

726129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9129027	7-Data Validade da Senha 30/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202534661000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome IVANILDO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano IVANILDO DOS SANTOS	

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE	18-Número no CRO 4009	19-UF PR	20-Código CBO S 09	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 147539330910	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	27-Número no CRO 4009	28-UF PR	29-Código CBO S		

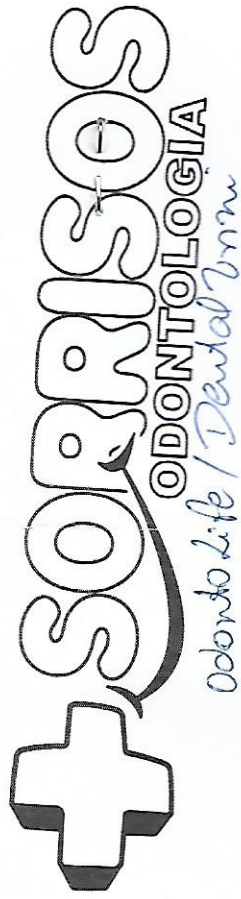
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa
1-00181010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00				30/11/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão 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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Chirurgo-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /
---------------	---	---	--

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /
--	--	--	--



Necessito do paciente

Identificação Luizildo dos Santos

0020253546650000101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares

Thiago B. Jangada
CRO-PR 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

Alameda Washington Luis, 301 – Alto das Oliveiras – Telêmaco Borba
Fone (42) 3273-5045 / (42) 99108-5045