



686967
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/11/2018

4-Data de Autorização
13/11/2018

5-Sinila
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9007650

7-Data Validade da Sinila
12/9/11/11/211

8-Número da Carteira
1010201215000085000800502

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ANDRITZ BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

686967
INTERCÂMBIO

13-Nome
MARIA ANGELA MADRUGA GONCALVES

14-Telefone
(11) 1111111111

15-Nome do titular do plano
PEDRO DORVALINO GONCALVES

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
COE ESPACO SAUDE

18-Número no CRO
4009

19-UF
PR

20-Código CBO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1411539330911011

22-Nome do Contratado Executante
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

23-Número no CRO
4009

24-UF
PR

25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

27-Número no CRO
4009

28-UF
PR

29-Código CBO S

30-Tabula

31-Código do Procedimento

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
1

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
78100

37-Valor
01000

38-Franquia/Co-participação R\$
01000

39-Aut
S

40-Data de Realização
11/11/11

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
178100

47-Valor Total R\$
178100

48-Total Franquia / Co-participação R\$
111111

49-Observação

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), foiforam 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.

3-Ortodontia 4-Urgencia/Emergência

10 Oboe no 2 -

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Maio-Dentista Solicitante
Márcia Augusta
Genecalves

Dentista
Miguel A. Garcia
Garcia

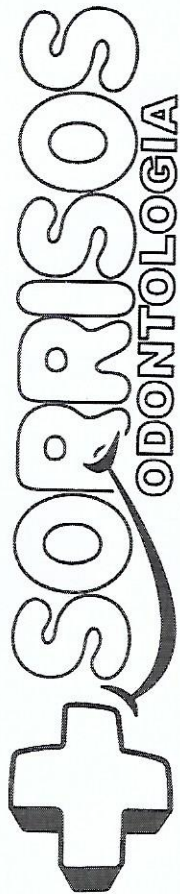
2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Virgínia F. Cardoso

Sirtene L. Costa
~~SECRETISTA~~
~~RADIOLOGIA~~

CEC-4009



Necessito do paciente Mrz Angelo Adriano Fonseca
Identificação Un: 002025 000500 8052

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares

Dr. Thiago Jangada
Cirurgião Dentista
CRO-PR 0121339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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