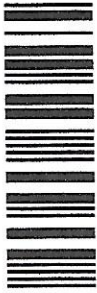


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

667407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2010		4-Data de Autorização 11/09/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8959108		7-Data Validade da Senha 11/11/2011	
8-Número da Carteira 010202519164300002903				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa SCANCOM DO BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
12-Número do Contrato Nacional de Saúde				13-Nome ELO ALMEIDA TIMOTIO				14-Telefone () - - - - -			
15-Nome do titular do plano IMIDIO TIAGO TIMOTIO				16-Data Validade da Carteira 16/02/2010				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 475393309101				22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO				23-Número no CRO 4009			
24-UF PR				25-Código CNES (I) 81000405				26-Código CBO S			
27-Número no CRO 4009				28-UF PR				29-Código CBO S			
30-Tabela 10081000405				31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA				32-Descrição			
33-Dente/Região 1				34-Face 1				35-Qtd 1			
36-Quantidade US 7800				37-Valor 0000				38-Franquia/Co-participação R\$ 0000			
39-Aut S				40-Data de Realização 08/12/11				41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-00											
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-Total 2-Parcial			
46-Total Quantidade US 7800				47-Valor Total R\$ 0000				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000			
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável											
53-Data, local e Carimbo da Empresa											

Dr.ª Sirlene L. Cardoso
CRO: 4009

ENCAMINHAMENTO

Prezado(a) Dr.(a) _____

Encaminho-lhe o(a) paciente Clara Almeida Timoteo
para a realização de panorâmica

☐ Solicitamos laudo que conste a data de início e término do tratamento a ser realizado, para que possamos, com segurança e qualidade, dar continuidade ao tratamento ortodôntico que o(a) paciente realiza em nossa clínica.

Obs: Para que não haja atraso no tratamento atual, o paciente deverá retornar em: _____ / _____ / _____ visto que seu tratamento ortodôntico não poderá ser adiado ou interrompido.

Atenciosamente,

T. Borba 16 de agosto de 20 21

Beliana G. A. Sampaio
Cirurgiã Dentista
CRCO 17.562

Assinatura e carimbo do Cirurgião Dentista

Assinatura do Paciente ou Responsável