



Be qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



815804
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/4/11 12/12/11	4-Data de Autorização 11/4/11 12/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9399926	7-Data Validade da Senha 11/4/11 03/11/21
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010201215061798000735021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VALMET CELULOSE PAPEL E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome RIANA SCHAMBAKLER DOS SANTOS	14-Telefone (11) 4009-1111	15-Nome do titular do plano REGINALDO CASTANHA DOS SANTOS
---	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE	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 1475393309110111	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000405
---	---	--------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO	27-Número no CRO 4009	28-UF PR	29-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORAMICA		1	178	10,00	10,00		S			Riana			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11			1-Tratamento Odontológico			1-Total 2-Parcial			78,10			10,00			

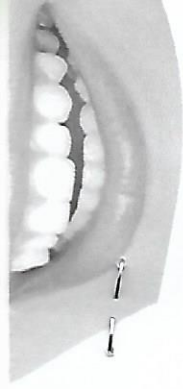
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 Riana J.B.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	---	---	---

DR. REGINALDO CASTANHA DOS SANTOS
ODONTOLÓGICA

Dra. Priscila Silveira da Silva
Cirurgiã-Dentista
CRO 18488



Solicito a Paciente

Riana Schambakker dos Santos,
Proprietária da carteirinha Dental Uni
0020 2506 1438 000 43502, a radiografia
Panorâmica

Dra. Priscila
da Camargo
CRO 18488
CRO 18488

Av. Horácio Klabin, 1073 - Sala 02
Centro - 84261-000 - Telêmaco Borba - PR
Fone: (42) 3272.7633 - Cel.: (42) 98854.9878 - E-mail: priscila_silveira@live.com