



Empreendedor para você ganhar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



646458
INTERCÂMBIO

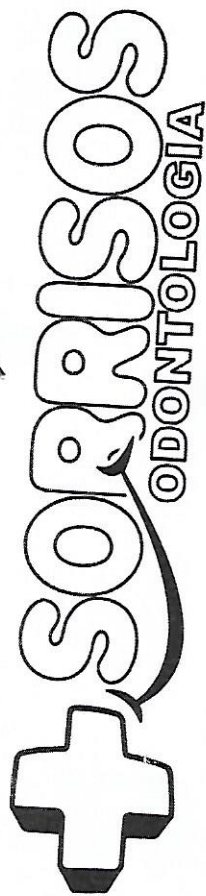
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/2011	4-Data de Autorização 04/08/2011	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8896356	7-Data Validade da Serinha 02/11/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020254022600000010102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome ROSELI DE JESUS VIDAL	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO FREITAG FALCI	16-UF PR	17-Número no CRO 4009	18-Código CBO S 09
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1471531933091011	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	26-Código no CRO 4009	27-UF PR	28-Código CBO S	29-Valor 37	30-Quantidade US 1
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Código do Procedimento 100810004051	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 0	35-Valor 0,00	36-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
37-UF PR	38-Código CBO S	39-Aut S	40-Data de Realização / /	41-Motivo da Glusa 42-Assinatura A. B. B.	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /				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 78,00				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 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. B. B.
ODONTOLOGIA
RO-4009



Necessito do paciente Roseli de F. Vidal

Identificação 00202540.22260000.102

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares

Thiago B. Jangada
CRO-PR 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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