



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



663252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 8/12/11	4-Data de Autorização 11/7/10 8/12/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8946457	7-Data Validade da Serota 11/5/11 11/2/11
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0102025395950000101021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/7/10 8/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ENZO GUSTAVO ARAUJO MAINARDES	04/03/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAELE COSTA ARAUJO
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE	18-Número no CRO 4009	19-UF PR	20-Código CRO S 025 -
---	--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1475393309110	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES (I) 81000405	Faturar Empresa Enviar - RX
--	---	--------------------------	-------------	--------------------------------	--------------------------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 da Guia	42-Assinatura
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0108100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00					
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\$						
11/7/10	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	78,00	0,00	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 11/7/10 A. Raposo C.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/7/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/7/10 R. Raposo C.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/7/10
---	--	---	--



Necessito do(a) Paciente Enzo G. A. Mendes

Identificação: Dental Uni: 0020253959950000102

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação ~~dentária~~ devido

Thiago B. Jangada
CRO-PR CD 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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