

568218
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
568218

5-Senha
DECLARANTE DE HIPERCALCÊMIA

4-Data de Autorização

3-Data de Emissão da Guia

stro ANS

do Beneficiário	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 3 1 6 2 2 8 0 0 0 0 2 0 2	POS REDE PRESTADORA	IDEAL ACCOUNTING SERVICE	. / /	
0 2 0 2 5 3 1 6 2 2 8 0 0 0 0 2 0 2			14-Telefone	15-Nome do titular do plano
				SARAH VIEIRA

do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
ndimento a RN		PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA		30728		PR			
figo na Operadora / ONPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
7 7 1 5 0 3 1 8 1 0		PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA		30728		PR			
ne do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S		025 -	
				30728		PR			

[illegible][illegible]

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Total 2-Parcial

ro, 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 ro. 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 ato. 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

antes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

serviço	valor
Guia para Recber procedimentos classificados por alto de manutenção na guia S26013 agenda asthmod	406914201052600181

51-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
01/01/2011	01/01/2011	01/01/2011	01/01/2011
[Assinatura]	[Assinatura]	[Assinatura]	[Carimbo]

Paola C. Haidar Mazorra
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30728