

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2012	4-Data de Autorização 10/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8263411	7-Data Validade da Senha 10/04/2015	468778 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 10102021511854400101022011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CICLADI COMERCIO DE CALÇADOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome NAIARA IGNES TABORDA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano NAIARA IGNES TABORDA
---------------------------------	------------------------------	---

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 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
---	--	--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / ONPU / CPF 1475393309110	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES 1181000405
--	---	--------------------------	-------------	------------------------------

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

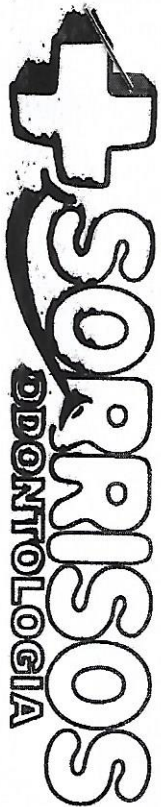
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			10/02/2012		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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.

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 M.ª Sirlene L. Cardoso
CIRURGIÃO DENTISTA
RADIOLOGIA
CRO 4009



Necessito do(a) Paciente Maiara Igués Taborda

Identificação: Un: 002.025.118544.00022.01

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares

Dr. Thiago Jangada
Odontólogo Dentista
CRO-PR-0021339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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