



580939
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011 4-Data de Autização 14/10/2011 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8687190 7-Data Validada na Semha 10/09/2011

8-Número da Carteira 00020253816082000000110011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIO SANTOS DE OLIVEIRA 27/01/1988 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIO SANTOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE 18-Número no CRO 4009 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNU / CPF 147539330910 22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO 23-Número no CRO 4009 24-UF PR 25-Código CNES 26-UF PR 27-Número no CRO 4009 28-UF PR 29-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0008100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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-Valor Total US 78,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) 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

CRO: 4009



Necessito do(a) Paciente Mario Souto Oliveira

Identificação: Un: 00202538608200000101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares.

Dr. Thiago Jangada
Cirurgião Dentista
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