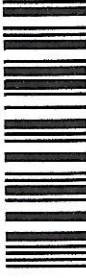


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



802652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012		4-Data de Autorização 01/11/2012		5-Senha AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 9359669		7-Data Validade da Senha 10/11/2013	
Dados do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa SCANCOM DO BRASIL LTDA			
2-Nome MARLENE ARNAL FERREIRA				3-Data de Nascimento 03/10/1968				11-Data Validade da Carteira			
13-Nome MARLENE ARNAL FERREIRA				14-Telefone				15-Nome do titular do plano MARLENE ARNAL FERREIRA			
12-Número do Contrato Nacional de Saúde											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Atendimento a RH COE ESPACO SAUDE				17-Nome do Profissional Solicitante			
18-Atendimento a RH				19-Nome do Profissional Solicitante				20-Código CEO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1471513913109110				22-Nome do Contratado Excutante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO				23-Número no CRO 4009			
24-Nome do Profissional Excutante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO				25-Código CRO S				26-Código CRO S			
27-Número no CRO 4009				28-Número no CRO 4009				29-Número no CRO 4009			
30-Tabela				31-Código do Procedimento				32-Descrição			
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 Causa 42-Assinatura			
1-01081000405				RADIOGRAFIA PANORÂMICA							
2-01081000405											
3-01081000405											
4-01081000405											
5-01081000405											
6-01081000405											
7-01081000405											
8-01081000405											
9-01081000405											
10-01081000405											
11-01081000405											
12-01081000405											
13-01081000405											
14-01081000405											
15-01081000405											
43-Data Previsto Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento			
46-Tipo de Faturamento				47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$			
49-Valor Total R\$				46-Total Quantidade US				47-Valor Total 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	

RADIOLOGIA



CLINICAL ODONTOLOGIA

CLÍNICA GERAL - IMPLANTODONTIA - ORTODONTIA - ENDODONTIA - ODONTOPEDIATRIA

Dr. André Calzetta Marcondes
CIRURGIÃO DENTISTA - CRO FR-22385

RECEITUÁRIO

Encaminho e paciente Marlene
Arnar para redigir de
radiografia panorâmica com
finalidade ortodôntica.

22/11/20

Dr. André Calzetta Marcondes
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO FR-22385

consultorioandrecalzetta@hotmail.com

Rua Osvaldo Gomes de Lima, 100 - Centro
CEP: 84261-220 - Telêmaco Borba - Pr



42.3273-2277
42.99947-6652