



Exatidão para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10	4-Data de Autorização 10/07/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8775891	7-Data Validade da Senha 10/03/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

608108
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000201253956020000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WALTER APARECIDO FLOZINO	13/10/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano WALTER APARECIDO FLOZINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE	17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 417539330910	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO
26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO	27-Número no CRO 4009
18-Número no CRO 4009	19-UF PR
23-Número no CRO 4009	24-UF PR
25-Código CNES (01) 81000405	29-Código CBO S

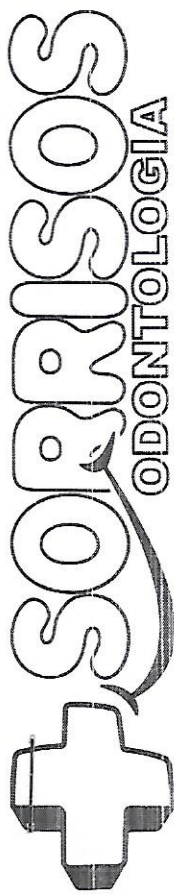
30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0001	1000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 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(ram) 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 assinar 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 10/05/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário /Responsável 10/07/10	53-Data, local e Caminho da Empresa 10/07/10
---	---	--	---

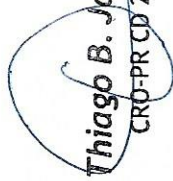
Dra. M.ª Sirelene Lepori Cardoso
CIRURGIÁ DENTISTA
RADIOLOGIA
CRO-4009



Necessito do paciente Walter Ap Floriano

Identificação 002.025.3956020000101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares


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