

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/11 12/11	4-Data de Autorização 10/11/02 11/12/11	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 462887	7-Data Validade da Semeta 12/11/04 11/12/11	462887 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	--	------------------------	--------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 10102102150611719801007133011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VALMET CELULOSE PAPEL E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOAO GUILHERME IONG BLOOD		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOAO GUILHERME IONG BLOOD		

16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE	18-Número no CRO 4009	19-UF PR	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41715191313019110111		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES 81000405	Enviar - RX (I) 81000405 (II) 81000375-RPD
26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		27-Número no CRO 4009	28-UF PR	29-Código CBO S		

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 Glor 42-Assinatura
1-10	018110040405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,10,10				12/10/11	
2-10	018110020781		FOTOGRAFIA			1	12,12,10,10				12/10/11	
3-10	018110030751		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,10,10				12/10/11	
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 11114,10,10	47-Valor Total R\$	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.

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
---	---	---	-------------------------------------

Dr. Joao Guilherme Cardoso
CIRURGIÃO DENTISTA
CBO 2001.4009

Solicitação

Solicito documentação clínica impressa radiografia panorâmica, fotos e interproximal para o paciente
João Guilherme longue Blood.

CPF: 845.185.619-53

Número do Convênio: 002025061798000131

Telêmaco Borba, 03 de fevereiro de 2021

Dr Jorge Luiz Cardoso

CRO 16879

Dr. Jorge Luiz L. Cardoso
CRO-PR: 16879
CPF: 007.667.969-14