

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



650578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 4-Data de Autorização 10/06/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8909252 7-Data Validade da Senha 10/04/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202537988000000011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa D C M DE ALMEIDA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DANIELE CRISTINA MAINARDES DE ALMEIDA 14-Telefone (11) 4009-1111 15-Nome do Titular do plano DANIELE CRISTINA MAINARDES DE ALMEIDA

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 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 471539330910 22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO 23-Número no CRO 4009 24-UF PR 25-Código CNES 81000405 26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO 27-Número no CRO 4009 28-UF PR 29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

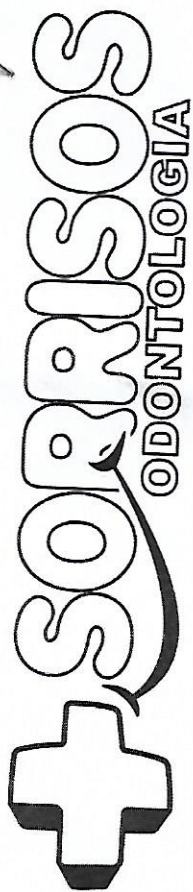
30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor 42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8	10,0		0,0		
2-											
3-											
4-											
5-											
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-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7,8 10,0 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) 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, compondo-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



Necessito do paciente Daniel C. Mairaudes
Identificação 002.025.379.880.0000.101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares


Dr. Thiago B. Jangada
Cirurgião Dentista
CRO-PR-efb 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

Alameda Washington Luís, 301 – Alto das Oliveiras – Telémaco Borba
Fone (42) 3273-5045 / (42) 99108-5045