



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

tranquilidade para você sorrir

626788
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 8 / 1 0 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8836473

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 / 1 0 / 2 1

3-Data de Emissão da Guia
12 / 10 / 2 1

1-Registro ANS
406414

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /	
13-Nome MARCOS DA SILVA		14-Telefone () - / -		15-Nome do titular do plano MARCOS DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE		18-Número no CRO 4009		19-UF PR		20-Código CBO S 09		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 7 15 3 9 13 3 0 9 1 0		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		23-Número no CRO 4009		24-UF PR		25-Código CNES Enviair - RX (I) 81000405		26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		27-Número no CRO 4009		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		31-Quantidade US		32-Valor		33-Franchisa/Co-participação R\$		34-Aut		35-Data		36-Face		37-Data		38-Quantidade US		39-Valor		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
--------------------------	--	---	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------------	--	---	--	--	--	--------------------------	--	-------------	--	--	--	--	--	--------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	---	--	------------------	--	----------	--	----------------------------------	--	--------	--	---------	--	---------	--	---------	--	------------------	--	----------	--	-----------------------	--	----------------------------------	--

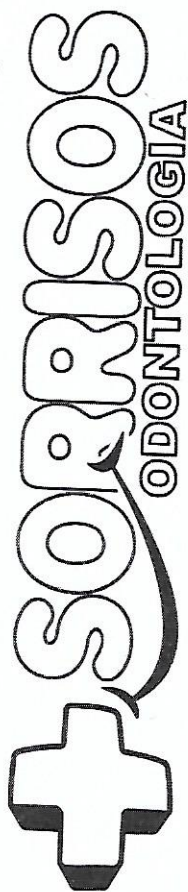
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Data	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	78,00	01/08/2021	0,00	S	01/08/2021	X
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 78,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
---	--	---	--	---	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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 / / - -	
---------------	--	--	--	--	--	--	--

Dr. Sérgio L. Cardozo
Cirurgião Dentista
C.R.O. 4009



Necessito do paciente Marcos da Silva

Identificação Unif: 00202539 36 08 0000 Jol

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