

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/06/10 15/12/11

4-Dia de Autorização
12/06/10 15/12/11

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8633744

7-Dia Validade da Senha
12/04/10 18/12/11

8-Número da Carteira
10021021537980505000010102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
565077 INTERCÂMBIO

13-Nome
MARCELO FERRAZ

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOELMA PADILHA

16-Atendimento a RV
COE ESPACO SAUDE

17-Nome do Profissional Solicitante
N

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
475393309110

22-Nome do Contratado Executante
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

23-Número no CRO
4009

24-UF
PR

25-Código CNES
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Solicitante
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

27-Número no CRO
4009

28-UF
PR

29-Código CBO S

30-Tabella
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Dente/Região
34-Face
35-Clínica
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Ant
40-Data de Realização
41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data Prevista 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
78,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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, compreendendo-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 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 Cartão da Empresa

54-Data, local e Cartão da Empresa

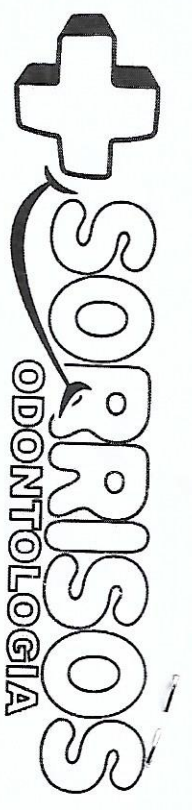
Dr. Marcelo Ferraz

Dr. J. M. Sirlene C. Cardoso

Dr. J. M. Sirlene C. Cardoso

Dr. J. M. Sirlene C. Cardoso

ODONTOLIFE
 RUA 1445, 5077
 565077 INTERCÂMBIO
 080-4009



Dental Uni

Necessito do(a) Paciente Marcelo Ferra

Identificação: 00202537980500000402

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares.

Dr. Thiago Jangada
Cirurgião Dentista
CRO-PR 0021339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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

501 Alameda