

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



656277
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:11		4-Data da Autorização 11/11/08 12:11		5-Semina AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8926437		7-Data Validade da Semina 10/09/11 12:11	
8-Número da Carteira 000202507394400013502		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JANAINA MERI CARNEIRO		14-Data do Contrato Resgatável pelo Tratamento 31/07/1976		15-Nome do titular do plano GUSTAVO CONCEICAO BAHR		16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE		18-Número no CRO 4009	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4715393309110		20-Código no CRO S 025 -		21-UF PR		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO		23-Número no CRO 4009		24-UF PR	
25-Nome do Profissional Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO		26-Código CNES (1) 91000405		27-Número no CRO 4009		28-UF PR		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa Enviar - RX	
Plano de Tratamento / Processamentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fecha	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		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		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcel		78,00		0,00			

Declaração, 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. Carlos D. Cardoso
 RADIOLOGIA
 CRO: 4009



Necessito do paciente Jaraina M. Carneiro
Identificação 00203303394400013502
1 Radiografia Panorâmica para Avaliação Periodontal

Jara Implante


Thiago B. Jangada
Dr. Thiago B. Jangada
CRO-Pr. 21339

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