



9 - Número da Carteira	10 - Plano	11 - Empresa	12 - Data Validada da Carteira	13 - Número do Cartão Nacional de Saúde
1010210121513191410117101010101011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	

16. Afastamento a R.N.	17. Norma do Profissional Solicitante	18. Número no CRO	19. UF	20. Código CBO S
N	COE ESPACO SAUDE	4009	PR	09 025 -

25-Nome do Profissional Executante	MARIA SIRLENE LEFOPRI CARDOSO		
27-Numero no CRQ	4009	28-UF	PR
		29-Código CBO S	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rasgo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
101000810000405		RADIOGRAFA PANORÂMICA			1	7	0	0				

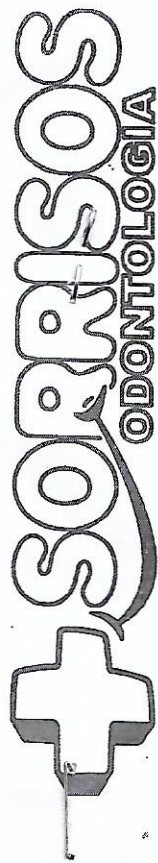
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

☐ 1- Tratamento Odontológico	☐ 2- Exame Radiológico	☐ 3- Opodontia	☐ 4- Urgência/Emergência
☐ 46- Tipo de Atendimento			
☐ 47- Valor Total R\$			
☐ 48- Total Quantidade US			
☐ 49- Total Fratura / Co-participação R\$			

Referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores devidos pelos procedimentos realizados, bem como os custos previstos em contrato, comprometendo-me a cumprir e fazer cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. O presente documento não substitui a emissão de uma Nota Fiscal e/ou Recibo do tratamento, comprometendo-me a apresentá-lo ao Operador quando solicitado.

[Handwritten signature]
09/06/2014
4008

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Donatário	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Donatário	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável	53-Data, local e Assinatura do Emprego
11/11/11	11/11/11	01/10/11 21 Guerra, Romarinho	11/11/11



Necessito do(a) Paciente Buenora S. Buzaro

Identificação: Odonto Life: 0020253910170000101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares.

Dr. Thiago Jangada
Cirurgião Dentista
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