



licenciado para uso SOD

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



718018
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/2019

4-Data de Autorização
12/11/2019

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9103284

7-Data Validada da Sentença
12/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025420462000001011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validada da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ISAMARA RODRIGUES RAMOS

15/02/1995

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ISAMARA RODRIGUES RAMOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
COE ESPACO SAUDE

18-Número no CRO
4009

19-UF
PR

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
475393309101

22-Nome do Contratado Executante
MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO

23-Número no CRO
4009

24-UF
PR

25-Código CNES
(1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante
MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO

27-Número no CRO
4009

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Gloriosa	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,10	0,00					
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
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	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/19									78,10	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-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. Maria Sirene Lepori Cardoso
CRO: 4009



Necessito do paciente Thiago B. Jangada
Identificação 0020254204620000101

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares

Thiago B. Jangada
CRO-PR 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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