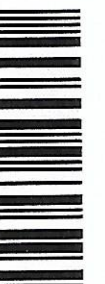




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21 NOV 2019

24h



631002
INTERCÂMBIO

transmitido para web site

1-Registro ANS 4068414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2019	4-Data de Autorização 12/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8848631	7-Data Validade da Senha 12/10/2021
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215000815008193011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ANDRITZ BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ELIEZER SALVADOR OROLO	31/08/1979	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano ELIEZER SALVADOR OROLO
-----------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE	18-Número no CRO 4009	19-UF PR	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CUP / CPF 47539330910	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00						
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												

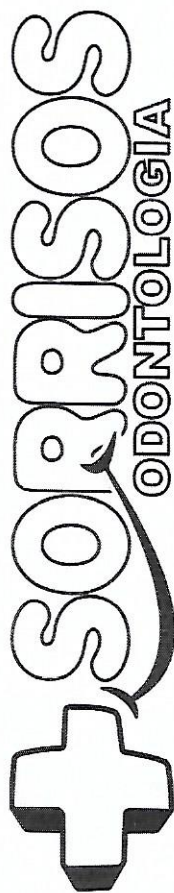
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 a pagar 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, o valor desse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo de Participação 11/11/11
---	---	---	--

(Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante)

(Assinatura do Beneficiário / Responsável)



Necessito do paciente Eliezer Salvador Oriolo
Identificação Odonto Life: 002025000850089301

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros Molares


Thiago B. Jangada
CRO-PR-CD 21339

Dr. Thiago B Jangada
CRO-Pr. 21339

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