

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

625827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/01/07 17:12:11		5-Senhia AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8833311		7-Data Validade da Senha 18/11/01/12:11	
8-Número da Carteira 00120125095044000041041021									
9-Plano POS REDE PRESTADORA									
10-Empresa ENTRAN IND E COM DE EQUIP									
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11									
12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome WESLEY VIEIRA CARRIEL									
14-Telefone () - - - - -									
15-Nome do titular do plano ANTONIO VIEIRA CARRIEL FILHO									
16-Atendimento a RN N COE ESPACO SAUDE									
17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 475393309110111									
22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO									
23-Número no CRO 4009									
24-UF PR									
25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO									
27-Número no CRO 4009									
28-UF PR									
29-Código CBO S									
30-Tabela									
31-Código do Procedimento									
32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA									
33-Dente/Região									
34-Face									
35-Qtd									
36-Quantidade US									
37-Valor									
38-Frequência/Co-participação R\$									
39-Aut									
40-Data de Realização									
41-Motivo da Glosa									
42-Assinatura									
43-Data Previsão Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento									
45-Tipo de Faturamento									
46-Total Quantidade US									
47-Valor Total R\$									
48-Total Frequência / Co-participação R\$									
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									

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(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.

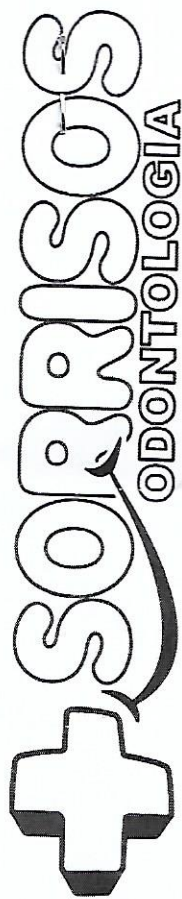
Assinatura do Profissional Assistente
[Assinatura]

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
[Assinatura]

Assinatura do Cirurgião-Dentista
[Assinatura]

Assinatura do Beneficiário / Responsável
[Assinatura]

Assinatura da Empresa
[Assinatura]



Necessito do paciente Wesley V. Corvel
Identificação OdontoLife: 002.025.095.044.00004102

1 Radiografia Panorâmica para Avaliação de Terceiros
Molares

Thiago B. Jangada
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