

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AIS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8060893	7-Data Validade da Senha 11/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

420818
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0101202513225130000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REGINALDO ALEX BUENO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano REGINALDO ALEX BUENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN 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 Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1475319330910	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	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 Glosa	42-Assinatura
1-0	01810004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			12/11/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento	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\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 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 Radiologista CRO: 4009	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL
PACIENTE: REGINALDO ALEX BUENO
CONVÊNIO DENTALUNI : Nº 00202532251300000101.

Dr. Pablo R. Dombroski
Cirurgião Dentista
CRO/PR 22387



Dr. Pablo R. Dombroski
Cirurgião Dentista
CRO/PR 22387

DR. PABLO R. DOMBROSKI
CRO/PR 22387

TELEMACO BORBA 27 de Novembro de 2020.