

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10/09/12/11	4-Data de Autorização 10/09/10/09/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9036454	7-Data Validade da Senha 10/08/11/12/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

697176
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02/05/19/14/16/4/0/0/1/7/7/6/0/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FRISA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome POLIANA DITEZEL	07/03/2002	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano POLIANA DITEZEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE		18-Número no CRO 4009		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 47539330910		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO		23-Número no CRO 4009		24-UF PR		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO		27-Número no CRO 4009	
28-UF PR		29-Código CBO S		30-UF PR		31-Código do Procedimento 1008100421		32-Descrição RX PERIAPICAL		33-Dentista/Região RME		34-Face 1	

30-1-tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Globa	42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RME	1	1	4,00	0,00	0,00				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 14,00	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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>Poliana Ditezell</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa <i>INTERCÂMBIO</i>
---	---	--	---



Resp. Técnica Dra Fernanda Buffara
CRO PR 22380

SOLICITO RAO-X PERIAPICAL INTER PROXIMAL IMPRESSO E DIGITAL

PACIENTE: Poliana Ditezell

DENTE: 36,37

CONVÊNIO DENTAL UNNI : 00202519446400177601

JUSTIFICATIVA: SOLICITO ESTE EXAME PARA VERIFICAÇÃO DE POSSÍVEL
TRATAMENTO DE CANAL.


Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

DRA.FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22380

TELÊMACO BORBA, 09 DE SETEMBRO DE 2021.

(42) 3273-3307  (42) 99143-4378   @renovarese

Clínica RENOVARE SAÚDE E ESTÉTICA - Av Chanceler Horácio Laffer,
1096, Centro - Telêmaco Borba/PR