

432065  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>001/01/2020 |  | 4-Data de Autorização<br>004/01/2020 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                  |  | 6-Número da Guia Principal<br>8107949                |  | 7-Data Validade da Senha<br>001/03/2021 |  | 432065<br>INTERCÂMBIO                          |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 8-Número da Carteira<br>000202526196900007803                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA       |  | 10-Empresa<br>AUTO ADESIVOS PARANA S A |  | 11-Data Validade da Carteira<br>00000000000000000000 |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde   |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 13-Nome<br>THAIS TRINDADE NOGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 14-Teléfono<br>(000) 00000000000000000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>MOISES MATHEUS DA TRINDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 16-Atendimento a RN<br>COE ESPACO SAUDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COE ESPACO SAUDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>417539330910111                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 30-Tabella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 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 |  |    |  |
| 1-000181000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | RX PERIAPICAL                            |  | RPSE                                 |  | 1                                      |  | 1                                                    |  | 4                                       |  | 0                                              |  | 0                                              |  | 0                                              |  | 0                                          |  | 0                                                               |  | S07/02/2020                      |  | RP |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>00000000000000000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  | 44-Tipo de Atendimento<br>00000000000000000000 |  | 45-Tipo de Faturamento<br>00000000000000000000 |  | 46-Tipo de Faturamento<br>00000000000000000000 |  | 47-Valor Total R\$<br>00000000000000000000 |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>00000000000000000000 |  |                                  |  |    |  |
| 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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valor |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                      |  |                                        |  |                                                      |  |                                         |  |                                                |  |                                                |  |                                                |  |                                            |  |                                                                 |  |                                  |  |    |  |

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 no 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

*Dra. M. Sirlene C. Cardoso*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Annullamento

|  |   |   |   |   |   |                         |
|--|---|---|---|---|---|-------------------------|
|  | I | I | I | I | I | RADONTELLA<br>CBO: 4003 |
|--|---|---|---|---|---|-------------------------|

53-Data, local e Carimbo da Empresa

2-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável):  
 05/11/2022 *A. Machado*



RENOVARE



ODONTOLOGIA  
ESPECIALIZADA

CLÍNICA RENOVARÉ ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA  
AVENIDA CHANCELER HORÁCIO LAFFER 1096 – CENTRO TELEMACHO BORBA  
(42)3273-3307

SOLICITO RAO-X INTRA BUCAL PERIAPICAL IMPRESSO E DIGITAL, REGIÃO DO  
DENTE: 24,25

PACIENTE: Thais Ferreira da Trindade

CONVÊNIO: DENTALUNI - N° 00202526196900007803



DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO  
CRO/PR 22380

TELEMACHO BORBA, 01 DE DEZEMBRO DE 2020.