



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/12/10	4-Data de Autorização 10/11/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103073	7-Data Validade da Senha 12/18/10 12/12/11	430901 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 1010210215064697000317103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC DOS FUNC PUBLICOS MUN	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome DAIANA PAULA DO CARMO	14-Teléfono 07/01/1997	15-Nome do titular do plano DAMARIS PAULA DO CARMO				
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	25-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 141753933309110111	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			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-001811000405	1	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	1	781010
2-1	1					
3-1	1					
4-1	1					
5-1	1					
6-1	1					
7-1	1					
8-1	1					
9-1	1					
10-1	1					
11-1	1					
12-1	1					
13-1	1					
14-1	1					
15-1	1					
43-Data Previsão Término do Tratamento						
11/11/11	11/11/11	14-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento			
1	1	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial			
44-Valor Total R\$			46-Valor Total US			
11101010			11101010			
48-Total Franquia / Co-participação R\$			49-Total Franquia / Co-participação US			
11101010			11101010			

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 referidos no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 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	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL
PACIENTE: Daiana Paula do Carmo
CONVÊNIO DENTALUNI : Nº.00202506469700031703

Clinica Odontologica
Renovare Ltda.
CNPJ 27 137.899/0001-45



DRA. ANA LUIZA MESSQUITA NEIMANN
CRO/PR 28360

TELEMACO BORBA 24 de Novembro de 2020.