

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



472716  
INTERCÂMBIO

|                                                                    |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                           |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/09/2012 |  | 4-Data de Autorização<br>11/01/2012                              |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO  |  | 6-Número da Guia Principal<br>8280703             |  | 7-Data Validade da Senha<br>11/01/2015  |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde    |  |
| 8-Número da Carteira<br>0102025283080000000101                     |  |                                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   |  |                        |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA              |  |                                         |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 |  |
| 13-Nome<br>DIONI LENON INACIO                                      |  |                                         |  | 14-Telefone<br>(1421) 8812110658                                 |  |                        |  | 15-Nome do titular do plano<br>DIONI LENON INACIO |  |                                         |  |                                          |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           |  |                                         |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>COE ESPACO SAUDE          |  |                        |  | 18-Número no CRO<br>4009                          |  |                                         |  | 19-UF<br>PR                              |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>4753933091011               |  |                                         |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO |  |                        |  | 23-Número no CRO<br>4009                          |  |                                         |  | 24-UF<br>PR                              |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO |  |                                         |  | 27-Número no CRO<br>4009                                         |  |                        |  | 28-UF<br>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                         |  |
| 1-00                                                               |  | 1811000405                              |  | RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                           |  | 11                     |  | 78100                                             |  | 0100                                    |  | 37-Valor                                 |  |
| 2-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 3-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 4-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 5-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 6-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 7-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 8-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 9-1                                                                |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 10-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 11-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 12-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 13-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 14-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 15-1                                                               |  |                                         |  |                                                                  |  |                        |  |                                                   |  |                                         |  |                                          |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento                             |  | 44-Tipo de Atendimento                  |  | 45-Tipo de Faturamento                                           |  | 46-Total Quantidade US |  | 47-Valor Total R\$                                |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |  |                                          |  |
| 11/11/11                                                           |  | 1-1                                     |  | 1-Total 2-Parcial                                                |  | 78100                  |  | 0100                                              |  | 0100                                    |  |                                          |  |

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.

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 |  |
| 11/11/11                                                      |  | 11/11/11                                          |  | 11/11/11                                                  |  |

*Dra. M.ª Sirleene C. Cardoso*  
CIRURGIA DENTISTIA  
RADIOLOGIA  
CRO-4009

SOLICITO RAO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Dioni Lenon Inacio

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202528308000000101

JUSTIFICATIVA: PARA VERIFICAÇÃO DE POSSIVEL CANAL.

Dra. Fernanda Buffara  
Cirurgiã Dentista  
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO  
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 08 DE FEVEREIRO DE 2021.