



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10	4-Data de Autorização 11/03/12	6-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8380915	7-Data Validade da Serha 11/01/16
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

497507
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010120125073944000373021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND TRAB DA EDUC BASICA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON FRANCISCO DE OLIVEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CARLA CRISTINA GAIA DOS SANTOS
---	------------------------------	---

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 147539330910	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES (1) 81000405	26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	27-Número no CRO 4009	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	---	--	--------------------------	-------------	--------------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	---

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	010810100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	7,80	0,00	0,00		15/03/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 17,80	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,80
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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 este 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/03/12
---	---	---	---

0001-002 CIRURGIA DENTISTA
VIGOTODIVA
Dra. M. L. Sirlene L. Cardoso
Cirurgia Dentista
CRO-4009



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

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Anderson Francisco de Oliveira

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202507394400037302

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


Dra. Fernanda Buffara
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACHO BORBA 02 DE MARÇO DE 2021.