



transmitida para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 2 / 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9406988	7-Data Validade da Senha 1 5 / 1 0 / 3 1 2 2	817990 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 9 2 9 8 7 0 0 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCIANE CRISTINA FERRARI					
14-Telefone () / /					
15-Nome do titular do plano MARCELO AUGUSTO LUCCA CONRADO					
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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 7 5 3 9 3 3 0 9 1 0	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
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	7 8 1 0 0	
2- /					
3- /					
4- /					
5- /					
6- /					
7- /					
8- /					
9- /					
10- /					
11- /					
12- /					
13- /					
14- /					
15- /					
43-Data Previsão Término do Tratamento / / /					
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial					
46-Tipo de Faturamento 46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$ 7 8 1 0 0					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / /					
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 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.					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante / / / / /					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 5 / 1 2 / 1 2 1 1					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 5 / 1 2 / 1 2 1 1					
53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /					

CRONO: 4009

Solicito radiografia panorâmica para LUCIANE CRISTINA FERRARI.

Dental Uni: 00202519298700000102

-data de nascimento: 09/01/1976



Dra. Maria Carolina de Castro Ribas
Cirurgia Dentista
CRO-PR: 27289

15/12/2021

✉ mariacarolina.dra@gmail.com

☎ (42) 3272-0755

☎ (42) 99867-3367

📍 Av. Eliomar Meira Xavier, 465 - Clínica Harmonize.
Telêmaco Borba - Pr