

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

471881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8277118		7-Data Validade da Sanha 10/09/15	
4-Data de Autorização 11/10/2012		9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020252977340000101011		13-Data 02/01/1989		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano VICTOR HUGO GONCALVES RIZZI			
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 471539331091011		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		30-Valor 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405	
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-001810004015		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78100		0100	
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\$	
/ /		1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1 Total 2-Parcial		78100		0100	
48-Total Franquia / Co-participação R\$									

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.

48-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/10/2012 X 11/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ /

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/10/2012 X 11/10/2012

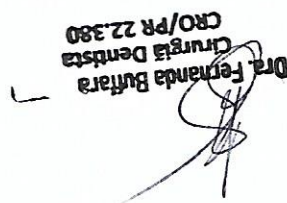
55-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

SOLICITO RAO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Victor Hugo Gonçalves Rizzi

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202529773400000101

JUSTIFICATIVA: PARA VERIFICAÇÃO DE POSSIVEL CANAL.


Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 04 DE FEVEREIRO DE 2021.