



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/03 4-Data de Autorização 11/01/03 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8376104 7-Data Validade da Semha 10/08/06 8-Data Validade da Semha 10/08/06 9-Data Validade da Semha 10/08/06

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202507518200003202 POS REDE PRESTADORA 9-Plano 10-Empresa COOP DE CREDITO RURAL DO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 496262 INTERCÂMBIO

13-Nome CARLA FRANCIELI SIMBALISTA 14-Teléfono 14/12/1982 15-Nome do titular do Plano DIEGO RODRIGO MAINARDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE 18-Número no CRO 4009 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1475393309110 22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRENE LEPORI CARDOSO 23-Número no CRO 4009 24-UF PR 25-Código CNES 1181000405 26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRENE 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	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsis	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	1	7	8,00	0,00	10,00	13/02/21			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7,80	0,00								

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.

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 de Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 55-Data, local e Carimbo de Empresa 56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 57-Data, local e Carimbo de Empresa

SOLICITO RAO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Carla Francieli Simbalista

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202507518200003202

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

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380



DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 24 DE FEVEREIRO DE 2021.