



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANVISA 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/01/12/21	4-Data de Autorização 11/01/01/12/21	5-Sentia AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9450333	7-Data Validade da Sentia 11/01/01/12/21
-----------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	---

834199
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010121021542182140000214011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FABIO PRESTES	11-Data Validade da Carteira 11/01/01/12/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome LUTIERRI CORREIA RODRIGUES	28/06/1993	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUTIERRI CORREIA RODRIGUES
---------------------------------------	------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE
--------------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1475393309110	22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO	23-Número no CRO 4009	24-UF PR	25-Código CNES PR
--	--	--------------------------	-------------	----------------------

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-Tabella	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
1-010181010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7,8,0,0	0,0,0			11/01/01/12/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/01/12/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 7,8,0,0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Sirlene L. Cardoso

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/01/12/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/01/12/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/01/12/21 - Fabiano C. Bolzani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/01/12/21
---	---	--	---

Dra. Sirlene L. Cardoso
CRO: 3009



SOLICITO RAO X PANORAMICA

PACIENTE: Luttierri correia Rodrigues

CONVÊNIO DENTELUNNI: 00202542282400002401

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA
CRO/PR 22.380

TELÊMACO BORBA, 05 DE JANEIRO DE 2022.