

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/2015 4-Data de Autorização 14/11/2015 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9402888 7-Data Validade da Senha 14/10/2015 816620 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101202150000850049403 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ANDRITZ BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome BERNARDO CAMILATO DEL PIERO 15-Data de Realização 26/01/2015 16-Nome do titular do plano ALEXANDRE SARCINELLI DEL PIERO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 15-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE 17-Nome do Profissional Solicitante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO 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 CNIES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-RIS 26-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO 27-Número no CRO 4009 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Selatura
1-0	0	81000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	14,00	0,00	S				
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 Previsto Término do Tratamento 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 14,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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(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-Observeção

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 Assinatura do Encarregado

Maria Sirlene Lepori Cardoso
Alexandre Sarcinelli Del Piero
16/01/2015



Resp. Técnica Dra Fernanda Buffara
CRO PR 22380

SOLICITO RAO-X PERIAPICAL IMPRESSO E DIGITAL
DENTE 11/21

PACIENTE: Bernardo Camilato Del Piero

CONVÊNIO DENTALUNNI: 00202500008500049403

JUSTIFICATIVA: PARA POSSIVEL TRATAMENO DE CANAL.


Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNADA BUFFARA
CRO/PR 22.380

TELÊMACO BORBA, 13 DE DEZEMBRO DE 2021.

(42) 3273-3307



(42) 99143-4378



@renovarese

Clínica RENOVARE SAÚDE E ESTÉTICA - Av Chanceler Horácio Laffer,
1096, Centro - Telêmaco Borba/PR