



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2013	4-Data de Autorização 11/01/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8376106	7-Data Validade da Senha 08/01/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira	000202519164300002101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	SCANCOM DO BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão	

13-Nome SERGIO PRIMO DA SILVA 01/11/1977	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SERGIO PRIMO DA SILVA
---	---------------------------------------	---

16-Alimentação a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	COE ESPASCO SAUDE	4009	PR	09	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNIES	Enviar - RX
14 7 5 3 9 3 3 0 9 1 0	MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO	4009	PR		(1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		
MARIA SIRELENE LEPORI CARDOSO	4009	PR			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fogão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	4	0	5				
RADIOGRAFIA PANORÂMICA												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-1-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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(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, comprometo-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 [Assinatura] CIRURGIA DENTARIA	53-Data, local e Cartão de Embarque [Assinatura] CIRM - FARMACIA S.A. BRASIL

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Sérgio Primo da Silva

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202519164300002101

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

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 08 DE MARÇO DE 2021.