

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



721362
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
2 7 / 1 1 / 2 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
9113622

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 8 / 1 0 / 9 1 1 2 1 1

3-Data de Emissão da Guia
2 8 / 1 0 / 9 1 1 2 1 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 0 2 5 2 4 9 0 0 2 0 0 0 0 0 1 0 4

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

13-Nome
TEREZINHA FERNANDES RIBEIRO

14-Telefone
(14 21) 3 2 1 7 8 1 2 2 1 6 1 8

15-Nome do titular do plano
JAMES FERNANDES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
14 7 1 5 3 1 9 3 1 0 9 1 1 0 1 1 1 1

22-Nome do Contratado Executante
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO

18-Número no CRO
4009

19-UF
PR

20-Código CBO S
09

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-Quantidade US
37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

40-Data de Realização

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	0 0 1 8 1 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	7 8 1 0 0	0 1 0 0			S		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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\$
/ / / / / /	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7 8 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0

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 Contrato de Empresa

Assinatura: M.ª Sirleene L. Cardoso
CPF: 091.111.111-11
CRO: 4009

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICA IMPRESSO E DIGITAL

PACIENTE: Terezinha Fernandes Ribeiro

CONVÊNIO DENTALUNI: 00202524900200000104

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

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELÊMACO BORBA, 28 DE SEMBRO DE 2021.

(42) 3273-3307  (42) 99143-4378   @renovarese

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