

588447
INTERCÂMBIO

31- Tabela	32- Código do Paciente/Unidade	33- Exatidão	34- Data de Realização	35- Hora	36- Dia	37- Quantidade US	38- Valor	39- Frequência para diagnóstico US	40- Data de Realização	41- Motivo da Realização	42- Assinatura
1-0-0	8-1-0-0-0-4-0-3					17-8-10-10					
2-1-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43- Data Prevista Término do Tratamento											
44- Tipo de Atendimento											
45- Tipo de Faturamento											
46- Total Quantidade US											
47- Valor Total US											
48- Total Franquia / Co-participação R\$											

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Citologia 4- Urgência Emergência

1- Total 2- Parcela

21/06/2022

Deixado, que após ter sido devidamente esclarecido, dentro os prazos, lances, 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 no contrato. Declaro ainda que c/c, procedimento(s) descrito(s), acima e por mim assinado(s), foi(s) 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 no contrato.

19-Observation

100 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

5.1-Data local e Assimilari do Cirurgião-Dentista

69 Data from a *Aspergillus nidulans* bioassay. *Aspergillus nidulans* was grown on a minimal medium containing 100 µg/ml of the test compound. The growth rate was determined by measuring the optical density of the culture at 600 nm. The data are the mean ± SD of three independent experiments, each performed in triplicate.

1.3 Data from a Formative Pilot Study

Handwritten signature

Dr. Eliudine E. Cardoso
RADIOLOGIA DENTISTA
C.R.O.: 4009

20855



Resp. Técnica Dra Fernanda Buffara
CRO PR 22380

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE: Natália Stadler de Araujo

CONVÊNIO DENTALUNI: 00202536821700000104

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

TELÊMACO BORBA 17 DE JUNHO DE 2021

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

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