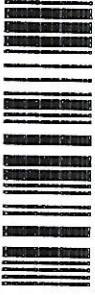


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

718173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/09/12/11		4-Data de Autorização 12/04/09/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9103804		7-Data Validade da Senha 12/03/11/12/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00020254185600000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
13-Nome ANA PAULA BUENO GOLTZ				15-Data 15/08/2007				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11			
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
15-Nome do titular do plano JOCENI DA SILVA BUENO											
14-Telefone () - - - - -											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE		18-Número no CRO 4009		19-UF PR		20-Código CBO S 09		25-Código CNES 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4753933091011		22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		23-Número no CRO 4009		24-UF PR		25-Código CNES 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (O) 81000421-	
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-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00018110004211		RX PERIAPICAL		RMID		14100		0100		37-Valor	
2-00018110004211		RX PERIAPICAL		RMIE		14100		0100		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-00018110004211										40-Data de Realização	
4-00018110004211										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
5-00018110004211										43-Valor Total R\$	
6-00018110004211										44-Valor Total R\$	
7-00018110004211										45-Valor Total R\$	
8-00018110004211										46-Valor Total R\$	
9-00018110004211										47-Valor Total R\$	
10-00018110004211										48-Valor Total R\$	
11-00018110004211										49-Valor Total R\$	
12-00018110004211										50-Valor Total R\$	
13-00018110004211										51-Valor Total R\$	
14-00018110004211										52-Valor Total R\$	
15-00018110004211										53-Valor Total R\$	
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Tipo de Faturamento											
47-Tipo de Faturamento											
48-Tipo de Faturamento											
49-Tipo de Faturamento											
50-Tipo de Faturamento											
51-Tipo de Faturamento											
52-Tipo de Faturamento											
53-Tipo de Faturamento											
54-Tipo de Faturamento											
55-Tipo de Faturamento											
56-Tipo de Faturamento											
57-Tipo de Faturamento											
58-Tipo de Faturamento											
59-Tipo de Faturamento											
60-Tipo de Faturamento											
61-Tipo de Faturamento											
62-Tipo de Faturamento											
63-Tipo de Faturamento											
64-Tipo de Faturamento											
65-Tipo de Faturamento											
66-Tipo de Faturamento											
67-Tipo de Faturamento											
68-Tipo de Faturamento											
69-Tipo de Faturamento											
70-Tipo de Faturamento											
71-Tipo de Faturamento											
72-Tipo de Faturamento											
73-Tipo de Faturamento											
74-Tipo de Faturamento											
75-Tipo de Faturamento											
76-Tipo de Faturamento											
77-Tipo de Faturamento											
78-Tipo de Faturamento											
79-Tipo de Faturamento											
80-Tipo de Faturamento											
81-Tipo de Faturamento											
82-Tipo de Faturamento											
83-Tipo de Faturamento											
84-Tipo de Faturamento											
85-Tipo de Faturamento											
86-Tipo de Faturamento											
87-Tipo de Faturamento											
88-Tipo de Faturamento											
89-Tipo de Faturamento											
90-Tipo de Faturamento											
91-Tipo de Faturamento											
92-Tipo de Faturamento											
93-Tipo de Faturamento											
94-Tipo de Faturamento											
95-Tipo de Faturamento											
96-Tipo de Faturamento											
97-Tipo de Faturamento											
98-Tipo de Faturamento											
99-Tipo de Faturamento											
100-Tipo de Faturamento											

Dedarei, 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 Responsável
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário
53-Data, local e Carimbo da Empresa
54-Data, local e Carimbo da Empresa
55-Data, local e Carimbo da Empresa
56-Data, local e Carimbo da Empresa
57-Data, local e Carimbo da Empresa
58-Data, local e Carimbo da Empresa
59-Data, local e Carimbo da Empresa
60-Data, local e Carimbo da Empresa
61-Data, local e Carimbo da Empresa
62-Data, local e Carimbo da Empresa
63-Data, local e Carimbo da Empresa
64-Data, local e Carimbo da Empresa
65-Data, local e Carimbo da Empresa
66-Data, local e Carimbo da Empresa
67-Data, local e Carimbo da Empresa
68-Data, local e Carimbo da Empresa
69-Data, local e Carimbo da Empresa
70-Data, local e Carimbo da Empresa
71-Data, local e Carimbo da Empresa
72-Data, local e Carimbo da Empresa
73-Data, local e Carimbo da Empresa
74-Data, local e Carimbo da Empresa
75-Data, local e Carimbo da Empresa
76-Data, local e Carimbo da Empresa
77-Data, local e Carimbo da Empresa
78-Data, local e Carimbo da Empresa
79-Data, local e Carimbo da Empresa
80-Data, local e Carimbo da Empresa
81-Data, local e Carimbo da Empresa
82-Data, local e Carimbo da Empresa
83-Data, local e Carimbo da Empresa
84-Data, local e Carimbo da Empresa
85-Data, local e Carimbo da Empresa
86-Data, local e Carimbo da Empresa
87-Data, local e Carimbo da Empresa
88-Data, local e Carimbo da Empresa
89-Data, local e Carimbo da Empresa
90-Data, local e Carimbo da Empresa
91-Data, local e Carimbo da Empresa
92-Data, local e Carimbo da Empresa
93-Data, local e Carimbo da Empresa
94-Data, local e Carimbo da Empresa
95-Data, local e Carimbo da Empresa
96-Data, local e Carimbo da Empresa
97-Data, local e Carimbo da Empresa
98-Data, local e Carimbo da Empresa
99-Data, local e Carimbo da Empresa
100-Data, local e Carimbo da Empresa

SOLICITO RAO-X Periapical IMPRESSO E DIGITAL

Do dente: 46 36

PACIENTE Ana Paula Bueno Goltz

CONVÊNIO DENTAL UNI 0020254156600000102


Dra. Fernanda Buffara
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA

CRO/PR 28360

TELÊMACO BORBA 20 DE SETEMBRO DE 2021