

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/05 4-Data de Autorização 14/1/05 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8583544 7-Data Validade da Senha 11/1/08 8-Número da Carteira 550287 9-Intercâmbio

550287
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202519164300007601 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SCANCOM DO BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GISELE APARECIDA DOS SANTOS 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano GISELE APARECIDA DOS SANTOS

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 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 47539330910 22-Nome do Contratado Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO 23-Número no CRO 4009 24-UF PR 25-Código CNES (I) 81000405 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-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Ali 40-Data de Realização 41-Motivo da Gêsa 42-Assinatura

1-01081000405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA 1 7800 0,00 5130521

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 Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 7800 47-Valor Totál R\$ 0,00 48-Totál 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, compreendendo-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 Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. RADIOLOGIA DENTISTA MARIA SIRLENE L. CARDOSO CRO - 4009



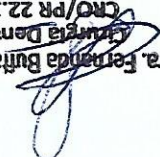
Resp. Técnica Dra. Fernanda Buffara
CRO PR 22.380

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Gisele Aparecida dos Santos

CONVÊNIO DENTAL UNI: 00202519164300007601

JUSTIFICATIVA: SOLICITO ESSE EXAME PARA VER POSSIVEL TRATAMENTO DE
CANAL.


Dra. Fernanda Buffara
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 07 DE MAIO DE 2021

(42) 3273-3307 (42) 99143-4378 @renovarese
Clinica RENOVARE SAÚDE E ESTÉTICA - Av Chanceler Horácio Laffer,
1096, Centro - Telêmaco Borba/PR