

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/09/2002		4-Data de Autorização 12/12/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8312141		7-Data Validade da Senha 12/10/15		480879 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0002020534902300000010101		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													
13-Nome LANNA CAMILY CAMPOS		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano LANNA CAMILY CAMPOS		16-Atendimento a RN COE ESPACO SAUDE		17-Nome do Profissional Solicitante COE ESPACO SAUDE					
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		26-Código CBO S 09		27-Data de Realização 12/12/2012	
28-Nome do Profissional Executante MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO		29-Número no CRO 4009		30-UF PR		31-Código CBO S		32-Código CNES		33-Data de Realização 12/12/2012		34-Data de Realização 12/12/2012	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-0001810010405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA				1		1		1		1	
2-0001810010421		RX PERIAPICAL				1		1		1		1	
3-0001810010375		RX INTERPROXIMAL - BITE-				1		1		1		1	
4-0001810010375						1		1		1		1	
5-0001810010375						1		1		1		1	
6-0001810010375						1		1		1		1	
7-0001810010375						1		1		1		1	
8-0001810010375						1		1		1		1	
9-0001810010375						1		1		1		1	
10-0001810010375						1		1		1		1	
11-0001810010375						1		1		1		1	
12-0001810010375						1		1		1		1	
13-0001810010375						1		1		1		1	
14-0001810010375						1		1		1		1	
15-0001810010375						1		1		1		1	
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantitativo US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/09/2002		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		100,00		0,00	

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 assinante 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 Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Assinatura da Empresa
11/09/2002	12/12/2012	12/12/2012

M.ª Sirleene Lepori Cardoso
CIRURGIÃO DENTISTA
RADIOLOGIA

SOLICITO RAO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL.

PACIENTE : Lanna Camilly Campos

CONVÊNIO DENTALUNI : 00202534902300000101

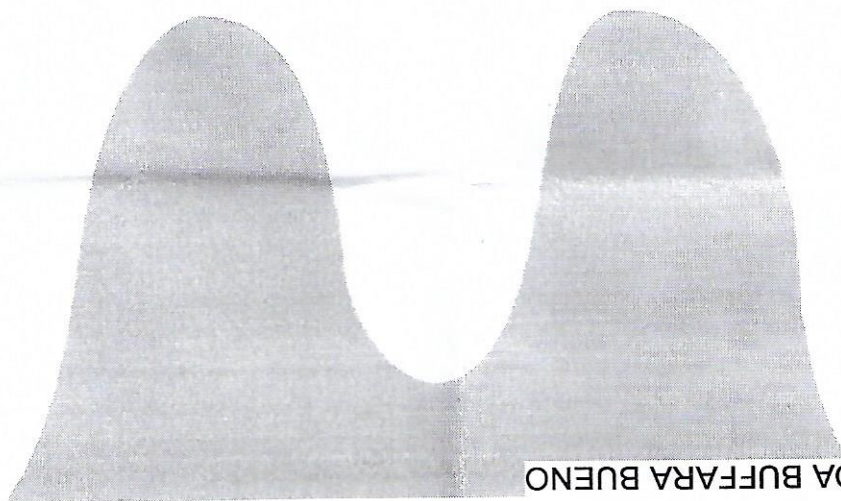
JUSTIFICATIVA: PARA VERIFICAÇÃO DE POSSIVEL CANAL.

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 22.380

DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22.380

TELEMACO BORBA 08 DE FEVEREIRO DE 2021.

TELEMACO BORBA, 08 DE FEVEREIRO DE 2021.



DRA. FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22380

Dra. Fernanda Buffara
Cirurgia Dentista
CRO/PR 22.380

JUSTIFICATIVA: SOLICITO ESTE EXAME PARA VERIFICAÇÃO DE POSSÍVEL CÂRIE.

CONVÊNIO: DENTALUNI - Nº 00202534902300000101

PACIENTE: Lanna Camilly Campos

SOLICITO RAO-X INTRA BUCAL PERIAPICAL E INTERPROXIMAL IMPRESSO E
DIGITAL, REGIÃO DO DENTE: 14,27

CLÍNICA RENOVAR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA
AVENIDA CHANCELER HORÁCIO LAFFER 1096 - CENTRO TELEMACO BORBA
(42)3273-3307