



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

417971
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
8048849

5-Senha AUTORIZADO4-Data de Autorização

ta de Emissão da Guia

W

4004 14	Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 1 0 1 2 0 2 5 1 3 2 2 5 1 3 0 0 0 0 1 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira _/_/____/____	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome	26/12/1976		14-Telefone (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _	15-Nome do titular do plano REGINALDO ALEX BUENO		

13-Nome	MIRIAN CHAVES									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante									
N	COE ESPACO SAUDE									
22-Nome do Contratado Executante										
MARIA SIRLENE LEPORI CARDOSO										
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF										
[4 7 5 3 9 3 1 3 0 9 1 0]										
26-Nome do Profissional Executante										
27-Número no CRO										
4009										
28-UF										
PR										
29-Código CBO S										
09										
25-Código CNES										
PR										
24-UF										
PR										
23-Número no CRO										
4009										
18-Número no CRO										
4009										
19-UF										
PR										
20-Código CBO S										
09										
025 -										
Faturar Empresa										
Enviar - RX										
(I) 81000405										

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										33-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Classa 42-Assinatura	
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 Classa	42-Assinatura									
1-0101811000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00		0,00	S	25/11/2020											
2-																					
3-																					
4-																					
5-																					
6-																					
7-																					
8-																					
9-																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

43-Tipo de Faturamento

44-Total Quantidade US

45-Valor Total R\$

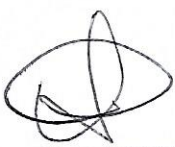
46-Total Franquia / Co-participação R\$

[illegible]

43-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _____/_____/_____ _____/_____/_____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <u>9 de Maio</u> 25/1/11 11:25 <u>URGIA DENTISTÁ</u> <u>RADIOLOGIA</u> CRO: 4009
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _____/_____/_____ _____/_____/_____	53-Data, local e Cambio da Empresa _____/_____/_____ _____/_____/_____

CLÍNICA RENOVARÉ ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA
AVENIDA CHANCELER HORÁCIO LAFFER 1096 – CENTRO TELEMACHO BORBA
(42)3273-3307

SOLICITO RAIO-X PANORÂMICO IMPRESSO E DIGITAL Mirian Chaves, convênio Dental
Uni nº00202532251300000102.


**Clinica Odontológica
Renovare Ltda.**
CNPJ 27.137.899/0001-45

DRA FERNANDA BUFFARA BUENO
CRO/PR 22380

TELEMACHO BORBA 09 de Novembro de 2020.