



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24N



2590699
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão de Guia
07/01/2016

4-Data de Autorização
12/01/2016

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
14761336

7-Data Validade da Sentença
08/01/2016

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704500377245510

Dados do Beneficiário

8-Nome de Carteira
002025486782000000101

9-Frango
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
01/01/2016

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704500377245510

13-Nome
JOSE BRANDAO DOS SANTOS NETO

22/02/1991

15-Nome do titular do plano
JOSE BRANDAO DOS SANTOS NETO

Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM
RADX

22-Nome do Contratado Executante
SIGA RADIOLOGIA LTDA

18-Número no CNO
43114

19-UF
RJ

20-Código CBO S
09

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 61000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
343162170010127

22-Nome do Contratado Executante
SIGA RADIOLOGIA LTDA

23-Número no CNO
43114

24-UF
RJ

25-Código CBO S
9995730

26-Código CBO S
43114

28-Nome do Profissional Executante
BERNARDO CORREIA LIMA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
10081000405

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORAMICA

33-Dentista/Rugilo
1

34-Face
1

35-CMD
17800

36-Quantidade US
000

37-Volvo
000

38-Franquia/Co-participação R\$
511201126

39-Aut
000

40-Data de Realização
12/01/2016

41-Método de Guia
42-Assinatura
25

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 Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Totál 2-Parcial

46-Total Quantidade US
7800

47-Volvo Total R\$
000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
000

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) acima, e por mim assinado(s), houveram 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/2016 gsm

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2016 Jose Brandao dos Santos

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/01/2016

SIGA RADIOLOGIA LTDA
CNPJ: 34.316.217/0001-27