

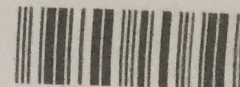
Aviso

A guia 1659072 não foi concluída, ela deve estar com o status autorizada para conclusão.

Ok

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



1653072
INTERCÂMBIO

R

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 4-Data de Autorização 12/3/11 5-Serviço AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11810171 7-Data Validade da Guia 21/1/01 8-Data Validade da Carteira 21/1/01 9-Número da Carteira 00202576988600000101 10-Endereço DENAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome REGINALDO SANTOS BISPO 14-Telefone (11) 15-Endereço REGINALDO SANTOS BISPO 16-Atendimento a RA N 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRC 10505 19-UF BA 20-Código CBO 03 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Exercente RACIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA DIGITAL 23-Número no CRC 10506 24-UF BA 25-Código CNES 9417281 26-Nome do Profissional Exercente PAULA SILVA MORAES 27-Número no CRC 10505 28-UF BA 29-Código CBO 03

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) R 1000405

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data de Registro	34-Fac	35-Qtd	36-Qtd. Unidade US	37-Valor	38-Fr. Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorificação	42-Assinatura
1	00810000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
2	00810000575	RX INTERFROXIMAL - EITE-		RMD	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
3	00810000575	RX INTERFROXIMAL - EITE-		RPD	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
4	00810000575	RX INTERFROXIMAL - EITE-		RPE	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
5	00810000575	RX INTERFROXIMAL - EITE-		RME	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
6	00810000221	RX PERIAFICAL		RMSE	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
7	00810000221	RX PERIAFICAL		RMID	1	14,00	0,00		S	23/10/13		Reginaldo
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Tratamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Qualidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$							
23/10/13	Tratamento Odontológico 2-Exatão Radiológico 3-Ortodontia 4-Irregularidade	1-Total 2-Pr total	182,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceite 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) de escudo(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

39-Observação

30-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 31-Data, Local e Assinatura do Contratado-Dentista 32-Data, Local e Assinatura do Profissional Responsável 33-Data, Local e Assinatura da Empresa

Dr. Reginaldo Bispo
RACIOBRAS
CROBA 8195