



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 05/01/2016 4-Data de Autorização 12/01/2016 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14753557 7-Data Validade da Seria 06/03/2016

2588136
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0020254867820000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número da Cartão Nacional de Saúde 704500377245510

13-Nome JOSE BRANDAO DOS SANTOS NETO 22/02/1991 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSE BRANDAO DOS SANTOS NETO

16-Atendimento a RV RADX 17-Nome do Profissional Solicitante N 18-Número no CBO 43114 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 21-Código no Operador / Cnpj / Cpf 34318121700001227 22-Nome do Contratado Especialista SIGA RADIOLOGIA LTDA 23-Número no CBO 43114 24-UF RJ 25-Código CNES 9995730 26-Nome do Profissional Escultor BERNARDO CORREIA LIMA 27-Número no CBO 43114 28-UF RJ 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo de Ocorr	42- Assinatura
1-0	0181000294	LEVANTAMENTO		1	1	222,00	0,00		S	12/01/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 222,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total 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) 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 O ato código 81000405 foi cancelado pelo motivo TRATAMENTO NAO REALIZADO

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 da Empresa SIGA RADIOLOGIA LTDA