

56964

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1946387
INTERCÂMBIO

1-Registro: ANB 406474	5-Data de Emissão da Guia 10/07/2014	6-Data de Autorização 10/07/2014	7-Serão AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 12697852	9-Data Vencível da Guia 08/10/2014
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

10-Endereço do Beneficiário 002025114727900000101	11-Tipo de Serviço POS REDE PRESTADORA	12-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Data Vencível da Guia / /	14-Atividade do Centro Nacional de Saúde
--	---	--------------------------------------	---------------------------------	--

15-Nome HENRIQUE SANTOS RAMALHO	16-Data de Nascimento 07/08/1991	17-Telefone (11) - - - - -	18-Nome e sobrenome do paciente HENRIQUE SANTOS RAMALHO
------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	--

9-Data de Emissão da Guia: Responsável pelo Tratamento

10-Atendimento a RIA N	11-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS	12-Número do CRO 43280	13-UF RJ	14-Código CBO 09	15-025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	---------------------------	-------------	---------------------	-----------------------------

16-Código de Operadora / CNPJ / CPF 20416766000169	17-Nome do Contratado Exatante RIO DAS OSTRAS IMAGENS ODONTOLÓGICAS LTDA	18-Número do CRO 43280	19-UF RJ	20-Código CNES 7719061	21-Enviar - RX (1) 01/00406
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------	--------------------------------

22-Nome do Profissional Exatante HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA	23-Número do CRO 43280	24-UF RJ	25-Código CBO 09
---	---------------------------	-------------	---------------------

10-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cor	36-Quantidade US	37-Mês	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Finalização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA				17800	000			10/07/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros	45-Valor Total US 20416766000169	46-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	47-Valor Total R\$ R\$ 30,00	48-Valor Total / Co-participação R\$
---	---	-------------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentado, 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), serão realizados em nome da prestadora, 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 Contratado Exatante 10/07/2014 Rio das Ostras	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2014 Henrique S. Ramalho	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--