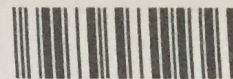




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



D

1280382
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/12/22	4-Data de Autorização 29/12/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10730314	7-Data Validade da Senha 29/03/23
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521509000005403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FIRSTLAB INDUS IMPOR E EXPOR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALANA LIZ PITANGA		14-Telefone 17/05/2017	15-Nome do titular do plano CAMILA DE JESUS BARBOSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO 10506	19-UF BA	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179	22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL	23-Número no CRO 10506	24-UF BA	25-Código CNEB 9417281	Enviar - RX (I) 81000405
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES		27-Número no CRO 10506	28-UF BA	29-Código CBO S	

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 da Cycles	42-Assinatura
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			29/12/22		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término de Tratamento
29/01/23

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial46-Total Quantidade US
78,0047-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) descrito(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.

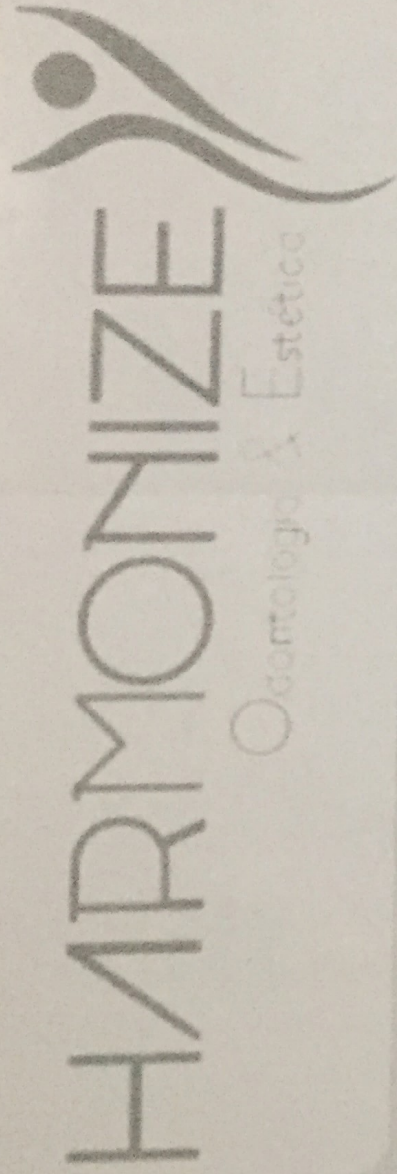
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/01/23

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

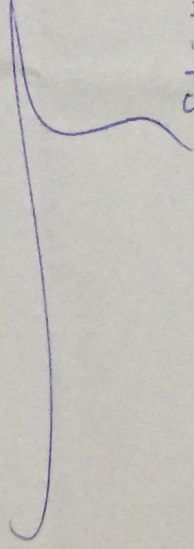
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/01/23

53-Data, local e Carimbo da Empresa



Para o paciente planejar fixações selectivas:

Radiografia panorâmica para avaliação
da necessidade de tratamentos endodônticos em
várias unidades.



Salvador, 2 a 12/22

Dra. Mc.  de O. Motta
Cirurgiã Dentista
CRO-BA-6490

Rua Frederica Simões, 85 Edif. Simonsen, sala 1208
Caminha das árvores, Salvador-Ba (71)993792605