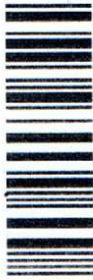


Paciente: LOHANE DE MELO MONTEIRO BRAGA
Data Nasc.: 03/01/2012 Idade: 9a. 1m.
Data Ex.: 18/02/2021
Doutor(a): CLAUDIA ROBERTA MOURA (SORRISO)
Nº Pedido: 90684



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/10 12:12:11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8303220		7-Data Validade da Senha 11/08/10 15:12:11		478301 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002020253481390000000101021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
13-Nome LOHANE DE MELO MONTEIRO BRAGA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ALANA DE MELO MONTEIRO		16-Número no CRO 101578		17-UF RO		18-Código CRO S 09	
19-Atendimento a RV N		20-Nome do Profissional Solicitante CEDRO-CENTRO ESPECIALIZ. EM DIAGNOSTICO RAD. ODONT.		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11911665978013		22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE SAMPAIO LEITE SANTOS		23-Número no CRO 101578		24-UF RO	
25-Nome do Profissional Executante DANIEL DE SAMPAIO LEITE SANTOS		26-Número no CRO 101578		27-UF RO		28-Código CRO S		29-UF RO		30-Código CRO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-Descrição		32-Quantidade US		33-Valor		34-Face		35-Ord		36-Franquia/Co-participação R\$	
1-0008100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00		0,00		0,00		40-Data de Realização 11/08/10 12:11	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		0,00	

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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/10 12:11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/08/10 12:11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/10 12:11
<i>Dr. F. S. S. S.</i> Radiologista CRO/RO 1008	<i>Dr. F. S. S. S.</i> Gerente Administrativo	<i>Alana de Melo Monteiro</i> Beneficiária