

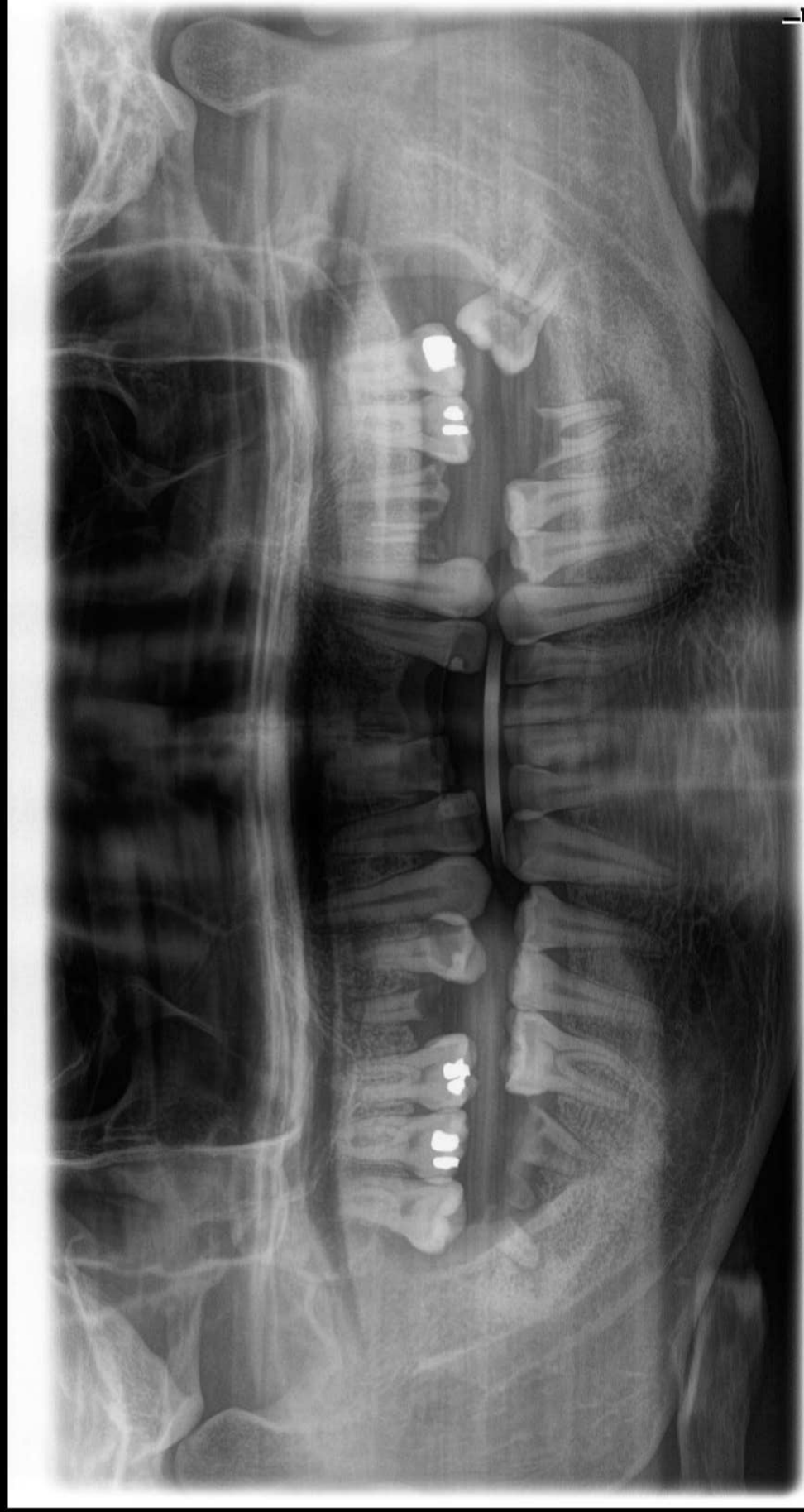
Paciente: JAILSON MORAES CARDOSO

Data Nasc.: 28/12/1992 Idade: 28a.0m.

Data Ex.: 14/01/2021

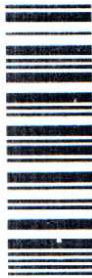
Doutor(a): EDUARDO R MARTINS

Nº Pedido: 89262



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



Seu trabalho aqui é de saúde

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 1 / 2 1		4-Data de Autorização 1 4 / 0 1 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8189114		7-Data Validade da Sanha 1 2 / 0 1 / 2 1		45287 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 1 5 0 0 0 0 0 1 0 3		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JAILSON MORAES CARDOSO		14-Telefone () -		15-Data 28/12/1992		16-Data 28/12/1992		17-Data 28/12/1992		18-Data 28/12/1992			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEDRO-CENTRO ESPECIALIZ. EM DIAGNOSTICO RAD. ODONT.		18-Número no CRO 101578		19-UF RO		20-Código CRO S 09		21-Data 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 9 1 6 6 5 9 7 8 0 3		22-Nome do Contratado Executante DANIEL DE SAMPAIO LEITE SANTOS		23-Número no CRO 101578		24-UF RO		25-Código CNES		26-Data Enviar - RX		(I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante DANIEL DE SAMPAIO LEITE SANTOS		27-Número no CRO 101578		28-UF RO		29-Código CRO S		30-Data 101578		31-Data 101578		32-Data 101578	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Régio		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-0 0 8 1 0 0 0 4 0 5		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		7 8 0 0		0 0 0		0 0 0		0 0 0	
2-1													
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													
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\$			
/ /		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		7 8 0 0		0 0 0		0 0 0			

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), 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		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura da Empresa	
/ /		14/10/2024		14/10/2024	
		Carolina C. de F. Salgado		Carolina C. de F. Salgado	
		Radiologista		Gerente Administrativo	
		CRO/RO 1008			