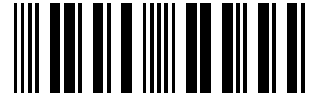


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2567484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/25	4-Data de Autorização / /	5-Senha	6-Número da Guia Principal 14689241	7-Data Validade da Senha 02/02/26
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253029710000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003481151904
13-Nome EVA DA SILVA OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEYTON RODRIGUES DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIUS DIAGNOSTICOS POR IMAGEM	18-Número no CRO 1940	19-UF MT	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 33649753000181	22-Nome do Contratado Executante RADIUS DIAGNOSTICOS POR IMAGEM LTDA	23-Número no CRO 1940	24-UF MT	25-Código CNES 9912657
26-Nome do Profissional Executante WALTER BETONI JUNIOR	27-Número no CRO 1940	28-UF MT	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 da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMDS		1	14,00	0,00			/ /		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPDS		1	14,00	0,00			/ /		
3-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00			/ /		
4-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00			/ /		
5-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00			/ /		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			/ /		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			/ /		
8-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00			/ /		
9-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00			/ /		
10-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14,00	0,00			/ /		
11-	0081000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00			/ /		
12-	0081000421	RX PERIAPICAL	RCID		1	14,00	0,00			/ /		
13-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00			/ /		
14-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão 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 0,00	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) 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--