

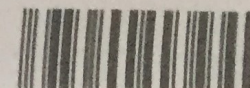
Aviso

A guia 01 não foi concluída, ela deve estar com o status autorizada para conclusão.

Ok

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1706924
INTERCÂMBIO

(Handwritten mark)

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 04/11/2023		4-Data de Autorização 07/11/2023		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 11953187		7-Data Válido de Senha 03/03/24	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202579020700000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Válido da Carteira / /	
13-Nome JORGE PEREIRA DE ALBUQUERQUE						14-Teléfono 30/04/1966		15-Nome do titular do plano JORGE PEREIRA DE ALBUQUERQUE		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a R\$ N		17-Nome do Profissional Solicitante				18-Número no CRQ 10506		19-UF BA		20-Código CBO S 09	
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 26402304000179		22-Nome do Contratado Executante RADIOBRAS RADIOLOGIA ODONTOLOGICA DIGITAL				23-Número no CRQ 10506		24-UF BA		25-Código CNES 9417281	
26-Nome do Profissional Executante PAULA SILVA MORAES						27-Número no CRQ 10506		28-UF BA		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código de 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-Moeda de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	07/12/23		
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	07/12/23		
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	07/12/23		
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	07/12/23		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 07/12/23		44-Tipo de Atendimento 2 - Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Ortodontia 44-urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 560,00		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), 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/23		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/23		53-Data, local e Cartão da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	------------------------------------	--