



444010
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/12/20	4-Data de Autorização 21/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8158944	7-Data Validade da Senha 18/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507811900069201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ELIETE DE CARVALHO SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIETE DE CARVALHO SANTOS
--------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO	18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22485970106	22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA	27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	22/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/12/20	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 222,00	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 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

18/12

GTO 443620

GOC

odontologia especializada

DN: 17/04/1971
981766771

32901

Ortopia
Bucal

Paciente:

Eliete de Carvalho Santos

(X) Radiografia Panorâmica

(possível extração de siss)

(X) Radiografias Interproximal:

(X) Molares - (X) direito

(X) esquerdo

(X) Pré molares - (X) direito

(X) esquerdo

Avaliação
Lais e
Siss

(X) Radiografia Periapical

Total (avaliação periodontal)

() Documentação Ortodôntica:

Pan / Tele / Periapicais Incisivos / Mod. / 8 Fotos / Análise Usp / Mc Namara

Cateli Girão
Cirurgiã - Dentista
CRO - DF 11.469

Brasília, 18, Dezembro, 2020

Endereço: Assis Chateaubriand

Bloco 01 sala 307

2 guias p/ o mesmo
pedido porque ~~não~~ teve
procedimento que foram
autorizados em dias
diferentes