



429081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/20	4-Data de Autorização 01/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095377	7-Data Validade da Senha 25/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527394900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CEZAR DE OLIVEIRA NUNES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CEZAR DE OLIVEIRA NUNES	

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 Enviar - RX (I) 81000405
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 55A7680	
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA		27-Número no CRO 7870	28-UF DF	29-Código CBO S 2232-60	

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/12/20	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 78,00	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 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/12/20 Tania Carneiro Mafra	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

CRO-DF 7870 - IE 3056
Radiologista

17/11/2020

992852898
DN-08101154

ControleODONTO

GTO-429081

27
11
2020



Achei odont.

008.254.053/001

Conjunto SDN/CNB, 6015 Conjunto Nacional Ass. Nor
70077-900 Brasília - DF
Fone (61) 3326-0664

32175

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Paciente

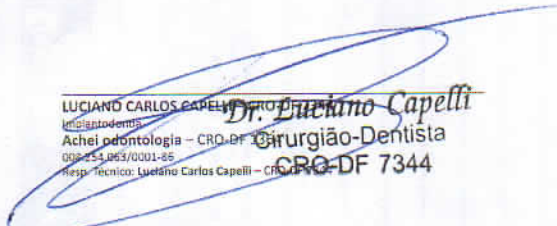
CEZAR DE OLIVEIRA NUNES

CPF 057.532.951-34 RG 283821

08/jan (66 anos 10 meses 9 dias)

EXAMES

Radiografia Panorâmica


LUCIANO CARLOS CAPELLI - CRO-DF 7344
Achei odontologia - CRO-DF 7344
Resp. Técnico: Luciano Carlos Capelli - CRO-DF 7344

Brasília, terça-feira, 17 de novembro de 2020

Autenticação

DC56AE98-2E26-4DAE-86BA-D635F52A9D01

Emitido por Dr. Luciano através da plataforma ControleODONTO em 17/11/2020 09:01:09 - <https://aplicativo.net>

SD 6021