

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/81/20	4-Data de Autorização 12/10/81/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780487	7-Data Validade da Senha 10/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531001700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALIREZA ABHARI ESGANDAR		14-Telefone 27/12/1993	15-Nome do titular do plano ALIREZA ABHARI ESGANDAR	

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 (1) 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 551768-0	
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	30,00		S	12/08/20		Abhari
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/20	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\$ 30,00	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 12/08/20 Tania Carneiro Mafra	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/20 Tania Carneiro Mafra	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/20 Abhari	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

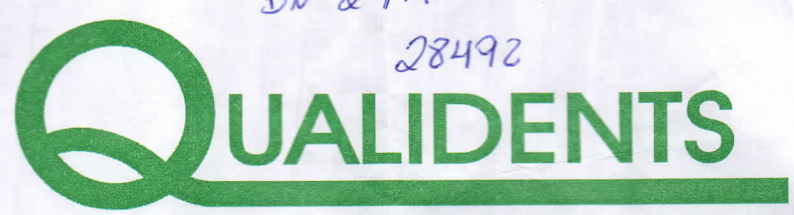
CRO-DF 7870 - IE 3056
Radiologista

Guia 355269

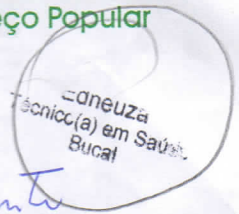
983528166
DN-27112193

28492

12/08



Atendimento de Qualidade à preço Popular



Solicito para paciente

Adriana Abhari Esquanda

radiografia panorâmica
para telomeb oclusão
& ver SISOs

alirezaesgandar@gmail.com

Priscila Arruda
Cirurgiã-Dentista
CRO-9628 DF

01.08.10

C

Av. Comercial Quadra 17 conjunto 11 sala 01 Paranoá DF
(em cima da Eletrosom)

(61)3369-0939 (61)98129-5858