



10130175

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 7 / 2 2	4-Data de Autorização 1 4 / 0 7 / 2 2	5-Senha AUTORIZADA	6-Número da Guia Principal 10130175	7-Data Validade da Senha 1 2 / 1 0 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 8 6 4 4 0 0 1 3 2 0 1	9-Plano AVANÇADO + DOC ORTO	10-Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE	11-Data Validade da Carteira 2 6 / 0 4 / 2 6	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700106949336318
13-Nome BETINA DE SOUZA CARDOSO	15/12/1976	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BETINA DE SOUZA CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FASCIO RADIOLOGIA	18-Número no CRO 14179	19-UF RS	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 7 5 2 7 5 2 0 0 0 1 4 9	22-Nome do Contratado Executante FASCIO RADIOLOGIA CIRURGIOES DENTISTAS	23-Número no CRO 14179	24-UF RS	25-Código CNES 7408064
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE DE OLIVEIRA BRIDI		27-Número no CRO 14179	28-UF RS	29-Código CBO S 09

ATENÇÃO: Sr (a) beneficiário (a), favor entrar em contato com o laboratório, através do tel: (51) 992491757, e marcar um horário para a realização dos procedimentos autorizados. Endereço: Jose Montauray, 322, CENTRO, GUAIBA

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-	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	3 2 0 0	0,00		S	/		
2-	9 4 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	3 2 0 0	0,00		S	/		
3-	9 4 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORAMICA			1	1 5 9	0,00		S	/		
4-										/		
5-										/		
6-										/		
7-										/		
8-										/		
9-										/		
10										/		
11										/		
12										/		
13										/		
14										/		
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 2 2 3 0 0	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 / /
--	--	--	--