

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/04/22	4-Data de Autorização 11/11/04/22	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9785931	7-Data Válida da Serina 11/01/07/22
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

941809
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 4 6 4 7 7 8 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome ELENA JOAO DA SILVA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
14-Telefone ()	11-Data Validade da Carteira / /
15-Nome do titular do plano ELENA JOAO DA SILVA	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
RADIOLOGIA PANORAMICA

18-Número no CRO 73084	19-UF SP	20-Código CBO S 09	025 -
---------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRC	24-U/F	25-Código CNES
11978372809	ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	73084	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	73084	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Id	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
	110081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		SI 1141041122			gma

[illegible]

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/10/22 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/10/22 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/10/22 Maria [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo de Empresa
14/10/22 [Carimbo] CANOANICA RIO PRETO LTDA

066638100193

R. Rua Genêrso Bastos nº 3214
Redentora - CEP: 15015-790
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.