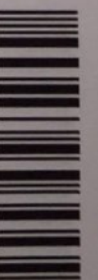


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



365299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2018	4-Data de Autorização 04/11/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7826913	7-Data Validade da Sentença 12/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020212531411510000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome JOSIELE APARECIDA VIEIRA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSIELE APARECIDA VIEIRA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Amenoreamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA LTDA	18-UF SP	19-Código CBO S 09	20-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
-----------------------------	--	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14014185808	22-Nome do Contratado Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	23-Número no CRO 51370	24-UF SP	25-Código CBO S
--	--	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	27-Número no CRO 51370	28-UF SP	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	0,00			04/11/2019		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/11/2019	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Valor do Atendimento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativa US 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(ram) 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 04/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------

ORTHO X Radiologia e Documentação Odontológica S/C Ltda