



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



455700
INTERCÂMBIO

Transmissão para o Sistema

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2011 4-Data de Autorização 12/01/2011 5-Sineta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8203973 7-Data Validade da Sineta 11/08/2011

8-Número da Carteira 101020251279097000001021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome EMILLY LUIZA DOARES DE SALES 23/01/2011 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 14-Telefone 842115850 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Sineta 11/08/2011 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Advertimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 086124639719 22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 23-Número no CRO 30636 24-UF RJ 25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405 28-UF RJ 29-Código CRO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			05/01/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia de Permissão do Tratamento 44-Dia de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantizada 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(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 Conselho-Dentista Solicitante

05/01/21

51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista

05/01/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

05/01/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa

05/01/21

CROD - Centro Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico



Nome: EMILLY LUIZA SOARES DE SALES

Solicito: Rx Panorâmico

Motivo: Visualização do arco dental e da área de erupção dos elementos dentários e avaliação ortodôntica.


Dra. Iun Lyra
Clínica Odonth
Cirurgiã Dentista
CRD-RJ 49041

25/01/2020

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clnicaodonth@gmail.com