



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



340838

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2012	4-Data de Autorização 12/3/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7712403	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
-----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------	------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530253600000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HADASSA GRATIVOL RIBEIRO	27/12/1982	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano HADASSA GRATIVOL RIBEIRO
----------------------------------	------------	-------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL	18-Número no CRO 30636	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 08624639719	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	23-Número no CRO 30636	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA		27-Número no CRO 30636	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Régio	34- Foco	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	00	345										
		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Data de Atendimento		45-Valor de Encargamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
1/1												

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 Correntista/Donatário Solicitante 23/07/11	51-Data, local e Assinatura do Correntista/Donatário 23/07/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/11	53-Data, local e Assinatura do Profissional de Radiologia Oral e Interferência 23/07/11
---	---	--	---



ODONTO SIM

Paciente:

Adriana Cristina Ribeiro

Pedido de Exames

Radiografias:

- 1- Periapical completo com técnica de paralelismo;
- 2- Panorâmica em oclusão centrica;
- 3- Teleradiografia em perfil com traçado cefalométrico de Steiner;
- 4- Modelos zoocalados;
- 5- Fotografias:
 - 1- Extra oral completa lado direito e esquerdo;
 - 2- Intra oral completa lado direito e esquerdo.
- 6- Documentação em CD.

Obs.: Caso o paciente use próteses, fazer o exame com elas.
Com exceção do Modelo e a Radiografia Periapical.

Dr. Francisco Carlos K. S. Motta

Dr. Francisco Carlos K. S. Motta

Prof. Dr. Francisco Carlos K. S. Motta
CRM-BA: 10371

17/02/2020

Medicina Orofacial

Implante

Ortodontia

Ortopedia facial

Odontopediatria

Prótese Fixa e Removível

D. T. M.

Estética (Facial e Dental)

Periodontia

Odontologia Plástica

Laserterapia

Endodontia

Tratamento por Hipnose

Dentística

Auriculoterapia