



Indicadores para web site

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 2/2/01 4-Data de Autorização 11/1/11 2/2/01 5-Senha AUTORIZADO 8-Número da Guia Principal 8121892 7-Data Validade da Senha 10/7/11 03/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020528431200000010010021 9-Pano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO LUIZ SOARES DA SILVA 09/09/1987 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SHIRLEY LOPES DOMINGUES

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 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 81000405 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-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentierRegião	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	04/01/11		
2-00081000294		LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	04/01/11		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/01/11 44-Atendimento 45-Valor de Faturamento 46-Total Quantidade US 300,00 47-Valor Total R\$ 159,00 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), fôlgoram 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-Nome, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 51-Nome, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Nome, local e Assinatura do Profissional / Responsável 53-Data e Assinatura do Profissional de Radiologia Oral e Diagnóstico

→ guia-4293769



Paciente: Antonio Luis Soares de Silva
Data de nascimento: 09/09/1987.

Solicitado radiografia panorâmica e
periapical completa.

Motivo: ortodontia e avaliação de
lâminas.

04/10/2024
Dra. Priscila Jambo
CPF: 059.180.957-68
CRO-RJ 39875

Endereço: Rua General de Menezes, 91 - Sala 1024, Botafogo, Rio de Janeiro

Telefone(s): (21) 3563-0189 | (21) 99828-2729 | clinica@priscilajambo.com.br

www.clinicajambo.com.br | Instagram: @clinicajambo