



Tratamento Odontológico

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



444236
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414		3- Data de Emissão da Guia 12/11/12 12:01		4- Data de Autorização 10/4/10 11:21		5- Sentença AUTORIZADO		6- Número da Guia Principal 8159693		7- Data Validade da Sentença 12/11/03 12:11	
8- Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 8 4 3 1 2 0 0 0 0 1 0 3		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11- Data Validade da Carteira 11/11/11		12- Número do Cidlo Nacional de Saúde SHIRLEY LOPES DOMINGUES			
13- Nome LILYAN VITORIA LOPES											
14- Telefone () () () () () () () () () () () ()											
15- Nome do titular do plano SHIRLEY LOPES DOMINGUES											
16- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento N											
17- Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL											
18- Número no CRO 30636											
19- UF RJ											
20- Código CBO S 09											
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 6 2 4 6 3 9 7 1 9											
22- Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA											
23- Número no CRO 30636											
24- UF RJ											
25- Código CNES Envia - RX (1) 81000405 (1) 81000421											
26- Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA											
27- Número no CRO 30636											
28- UF RJ											
29- Código CBO S											
30- Tabula											
31- Código do Procedimento											
32- Descrição											
33- Dente/Régio											
34- Freq											
35- Cui											
36- Quantidade US											
37- Valor											
38- Franquia/Co-participação R\$											
39- Aut											
40- Data de Realização											
41- Motivo da Glor											
42- Assinatura											
43- Data Previsto Término do Tratamento 01/01/18											
44- Data do Atendimento 01/01/12											
45- Exame Radiológico											
46- Total Quantidade US											
47- Valor Total R\$											
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
04/10/11/12

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/10/11/12

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
04/10/11/12

53- Cirurgião-Dentista Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico
Cirurgião-Dentista Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico

Assinado em 04/10/11/12

Lilyan Victoria Lopes

Solicito radiografia panorâmica e periapical do elemento 55 para análise endodôntica. Radiografia panorâmica para análise da dentição mista.

04/01/21

Dra Priscila Jambo

CPF: 059.186.957-88

CRO: 39875