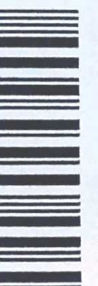


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 0 1 0 1 1 2 2 2 4-Data de Autorização 2 0 1 0 1 1 2 2 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9487450 7-Data Validação da Série 2 0 1 0 4 1 2 2 845662 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 4 3 8 5 2 0 0 0 0 0 0 1 0 1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

MARCIA DE OLIVEIRA NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS 18-Número no CRO 43280 19-UF RJ 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421- (1) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

14 8 0 0 8 6 3 7 1 6

22-Nome do Contratado Executante

HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA

23-Número no CRO

43280

24-UF

RJ

25-Código CNES

43280

26-UF

RJ

27-Número no CRO

43280

28-UF

RJ

29-Código CBO S

09

25-Nome do Profissional Executante

HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Região

34-Face

35-Clid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Gênes

42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

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) 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.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cúmbio da Empresa



PADRÃO ODONTO
Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Marcia de Oliveira Nunes.

☐ Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes _____

☒ Solicito RX periapical do(s) elemento(s) Rx final pós cirurgia
22 ; 23 ; 24 .

☐ Solicitação de documentação ortodôntica:

- RADIOGRAFIA PANORÂMICA + COMPLEMENTO
(PERIAPICAL DE INCISIVOS SUPERIORES E INFERIORES)
- TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL + TRAÇADO CEFALOMÉTRICO (RICKETTS)
- 3 FOTOGRAFIAS INTRA-ORAIS (frontal sério, frontal sorrindo, perfil)
- 3 FOTOGRAFIAS EXTRA-ORAIS (em oclusão: frontal, lateral direita, lateral esquerda)
- FOTOGRAFIAS OCLUSAIS (superior e inferior)

Data: 12 / 01 / 22 .

Alex Santana
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 48456

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ
Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804
E-mail: padraoodonto66@gmail.com