

HERMES RIBEIRO | ODONTOLOGIA

Solicito exame tomográfico da região do dente 26

Com objetivo de realizar implante imediato.

Solicito exame panorâmico para análise de terceiros molares.

São Gonçalo, 15/12/2020



Hermes Ribeiro Júnior

014.572.227-95

Dr. Hermes Ribeiro Junior
Cirurgião Dentista
Implantes - Estética
CRO 117894-6



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10
 4-Data de Autorização 11/10/11
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 8174091
 7-Data Validade da Senha 06/10/11

8-Número da Carteira 00202526543200000502
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCIO ANDRE GARCIA DOS SANTOS
 14-Telefone ()
 15-Nome do titular do plano HETE CAMARA ESTEVES DOS SANTOS

16-Atendimento a RN N
 17-Nome do Profissional Solicitante CIROD
 18-Número no CRO RJ 21193
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 09
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015612861735
 22-Nome do Contratado Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO
 23-Número no CRO RJ 21193
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO
 27-Número no CRO RJ 21193
 28-UF RJ
 29-Código CBO S
 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentif/Região 34-Fase 35-CID 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Adesão
 Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentif/Região	34-Fase	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Adesão
1-	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00		S	11/01/2011	R\$	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/11
 44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US 78,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 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 referências 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 11/01/11
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11
 53-Data, local e Assinatura do Contratado de Radiologia Oral e Diagnóstico