

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



353716
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414

3- Data de Emissão da Guia

5- Sentença AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal 7772786

7- Data Validade da Sentença 10/08/11 11/2010

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

9- Plano POS REDE PRESTADORA

10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11- Data Validade da Carteira

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome JOYCE DOS SANTOS SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

25/09/1991

14- Telefone () - - - - -

15- Nome do titular do plano JOYCE DOS SANTOS SOUSA

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL

21- Código na Operadora / CNPJ / CPE

22- Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

18- Número no CRO 30636

19- UF RJ

20- Código CBO S 09

24- UF RJ

25- Código CNES

26- Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

23- Número no CRO 30636

28- UF RJ

29- Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Clr	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 2 9 4	LEVANTAMENTO			1	2 2 2 0 0	0,00			15/08/2010	S	
2- 0 0	3 4 5	DOC ORTODONTICA "A"			1	3 8 1 0 0	0,00			13/08/2010	S	
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Previsto Término do Tratamento 13/08/2010

44- Tipo de Atendimento 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

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.

45- Observação

45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US 6 0 3 0 0

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

50- Data local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 13/11/08/11/2010

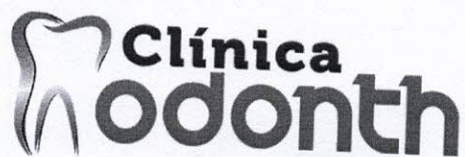
51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2010/08/11/2010

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/08/11/2010/08/11/2010

53- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2010/08/11/2010

CPF 957.944.33-11

CPF 957.944.33-11



Nome: JOYCE DOS SANTOS SOUSA

Solicito: Rx panorâmico.

Motivo: Visualização da região do 3º molares e estruturas próximas e avaliação ortodôntica.

10/08/2020

CLÍNICA ODONTH LTDA

CRO/RJ - EPAO 3657

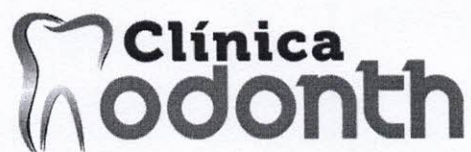
Resp. Téc. *Thays A. Alfaya*

CRO-RJ 37394

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clinicaodonth@gmail.com



Nome: JOYCE DOS SANTOS SOUSA

Solicito: Rx Periapical Completo.

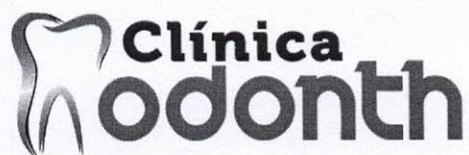
Motivo: Avaliar perda óssea, presença de bolsa de 4 milímetros ou mais e cálculo subgingival e avaliação ortodôntica.

10/08/2020
CLÍNICA ODONTH LTDA
CRO/RJ - EPO 3657
Resp. Tec. Thays A. Alfaya
CRO-RJ 37394

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clinicaodonth@gmail.com



Nome: JOYCE DOS SANTOS SOUSA

Solicito:

Cefalometrica de perfil com traçados (Rickets e Mc Namara)

Fotos intra orais (oclusão direita e esquerda; visão oclusal superior e inferior)

Fotos extra-orais (sorriso amplo; perfil direito e esquerdo)

Modelo em gesso

Pasta

Motivo: necessidade ortodôntica

CLÍNICA ODONTH LTDA
CRO/RJ - EPAO 3657
Resp. Téc. Thays A. Alfaya
CRO-RJ 37394
Thays Almeida Alfaya
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 37394 06/08/2020

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clínicaodonth@gmail.com