



ODONTO
BAARS

Michelle Cristina d. O.

Costa.

Soluções

Soluções para Radiografia

parodontia

função

Corrigir

08/10/2020

Felipe Baars de Miranda
Cirurgião-Dentista
Implantodontista-Estomatologista
CRO: RJ 32919

odontobaars@gmail.com

R. Dr. Getúlio Vargas, 2888 - Santa Catarina, São Gonçalo
☎ 2605-1717 - 2604-4385 📞 99177-4517

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



392785
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 00:20		4-Data de Autorização 10/03/11 11:20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7945838		7-Data Validade da Senha 10/06/11 11:21		
8-Número da Carteira 0102025326413000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome MICHELLE CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MICHELLE CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD		18-Número no CRO 21193		19-UF RJ		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa Enviar - RX		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0115162861735		22-Nome do Contratado Excusante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO		23-Número no CRO 21193		24-UF RJ		25-Código CNES 0181000405				
26-Nome do Profissional Excusante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO		27-Número no CRO 21193		28-UF RJ		29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data e Remissão	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	7	8,00	0,00		S	10/03/11	025	MICHELLE CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Regime de Pagamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 78,00		47-Valor Total R\$ 3354,00		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) acima, e por mim assinado(s), foram 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												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista												
52-Data, local e Assinatura do Especialista / Responsável 03/11/11 + Michelle Cristina												
53-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11												

CIRIOD - Centro Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico