



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/6/10 11/2/12 4-Dados de Autorização 12/6/10 11/2/12 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9511143 7-Dados de Validade da Semeta 12/6/10 14/12/12 853741 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0002025444452000000105 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dados de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIZ FLAVIO PRUDENCIO DA CRUZ 14-Telefone 15-Nome do titular do plano VANESSA CATHARINNE CASTILHO PRUDENCIO

16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS 18-Número no CRO 43280 19-UF RJ 20-Código CRO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNAJ / CPF 14800863716 22-Nome do Contratado Executante HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 43280 24-UF RJ 25-Código CRO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000421- (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	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	4	0	5				
2-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
3-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
4-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
5-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
6-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
7-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
8-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
9-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
10-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
11-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
12-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
13-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
14-0	0	8	1	0	0	4	2	1				
15-0	0	8	1	0	0	4	2	1				

43-Dados Previstos do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 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 referência. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

45-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Carimbo da Empresa



**PADRÃO
ODONTO**

Porque Saúde é sorrir

Paciente:

Ruiz Flávio Prudência da Cruz



Solicito RX panorâmica para avaliar posição das raízes



Solicito RX periapical do(s) elemento(s) 36 e 46



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: 26 / 01 / 22

Ramayana H Lage
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 42544

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja – Centro - Rio das Ostras/RJ

Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804

E-mail: padraoodonto66@gmail.com