



USQUILITE para 12 e 24h

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



432981
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/12/11 12/12/10

4-Data de Autorização
10/17/11 12/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8111780

7-Data Validade da Sentença
10/12/10 13/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101021021513131514701010101101021

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROBERTO MIGUEL THEODORO

03/02/1968

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA RODRIGUES GOMES DA SILVA

16-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

17-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

18-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

19-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

20-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

21-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

22-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

23-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

24-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

25-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

26-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

27-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

28-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

29-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

30-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

31-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

32-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

33-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

34-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

35-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

36-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

37-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

38-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

39-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

40-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

41-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

42-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

43-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

44-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

45-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

46-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

47-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

48-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

49-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

50-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

51-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

52-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

53-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

54-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

55-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

56-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

57-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

58-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

59-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

60-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

61-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

62-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

63-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

64-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

65-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

66-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

67-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

68-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

69-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

70-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

71-Endereço e Contato da Residência pelo Tratamento

49-Observação

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Exame Radiológico
3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

46-Quantidade de Atendimento
1-Total 2-Parcial

47-Valor Total em US\$
2222,10

48-Valor Total em R\$
3546,00

49-Total Franquia / Co-participação R\$
1111,11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
07/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/11

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/11/11

CIRIOD - Centro Integrado de Radiologia e Diagnóstico



Consultório Odontológico

Anne Patrícia Fortes de Avila

CRO 31325RJ

Solicito para: Roberto Miguel Theodoro

EXAME RADIOGRÁFICO PERIAPICAL COMPLETO para visualização de
cristas ósseas alveolares.

Anne Patrícia Fortes
Cirurgia Dentista
CRO 31325 RJ

Niterói, 01 de dezembro de 2020

Reverendo Armando Ferreira, 350 - sala 225

Largo da Batalha – Niterói/RJ

CEP: 24310-400

Fone: (21) 3164-8985 / (21) 98390-2084