



Maria de Fátima Rodrigues da Costa

Soluto radiografia periapical
completa da paciente acima
citada para avaliação periodontal
completa.


Camila Marcelino Garcia
Camila Marcelino Garcia Dentista
Cirurgiã Dentista
Especialista em Endodontia
CRO-RJ: 26950

4/12/2020

favor enviar para: odontoa3imagem@outlook.com

Rua Coronel Moreira César - nº 26 - sala 1211 - Trade Center - Niterói - RJ

Tel: (21) 2608-3466 / Cel: 98833-9450

odontoa3@outlook.com



428480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão do Guia 12/6/11 4-Data de Autorização 10/4/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8092709 7-Data Validade da Senha 12/4/12

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 01020202522766300061201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM 11-Data Validade da Carteira 12/6/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARIA DE FTIMA RODRIGUES DA COSTA 16/06/1989 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA DE FTIMA RODRIGUES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CIROD 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 21193 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0115162861735 22-Nome do Contratado Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO 23-Número no CRO 21193 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante 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-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data e Realização	41-Motivo da Guia 42-Valor Total
1	010	81000294	LEVANTAMENTO		1	222,00	0,00			19/11/11	224000,00
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 8/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Valor Total 428480,00 46-Valor Total 428480,00 47-Valor Total 428480,00 48-Valor Total 428480,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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/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 Responsável 53-Data, local e Assinatura do Responsável 54-Data, local e Assinatura do Responsável 55-Data, local e Assinatura do Responsável

CIROD - Cirurgião-Dentista