

42



1-Grupo ANS	497219
406414	INTERCÂMBIO
3-Direito de Emissão no Chile	
1 1 1 / 0 3 / 2 1	
4-Direito de Autorização	
1 2 / 0 3 / 2 1	
5-Emissão	
AUTORIZADO	
6-Indicação da Linha Principal	
8378711	
7-Código de Verificação da Sessão	
10 9 / 0 6 / 2 1	

[illegible]

1-Identificação a RN		17-Nome do Produtor/Estabelecimento		025 -	
N		SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS		Faturar Empresa	
2-Endereço da Operação - CNPJ / CPF		18-Identificação no CNPJ		Envia - RX	
114800863716		43280		(I) 81000421-RPPE	
3-Descrição do Contrato/Execução		19-Identificação no CNO		(I) 81000421-RPPD	
HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		43280		(I) 81000421-	
4-Atividade do Profissional/Execução		20-Identificação no CBO			
HENRIQUE ABDALA DE OLIVEIRA		43280			
		21-UF			
		RJ			
		22-Código CBO			
		9			

30-Idade	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-QX	36-Quantidade US	37-Volúv	38-Frequência/Participação %	39-Aut	40-Cura de Párad. de	41-Medico de Carga 42-Ativ
1-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
		RX PERIAPICAL	RCSD		1	1	4	0	0	0	0
2-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
		RX PERIAPICAL	RCSE		1	1	4	0	0	0	0
3-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
		RX PERIAPICAL	RMSE		1	1	4	0	0	0	0
4-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
		RX PERIAPICAL	RPIE		1	1	4	0	0	0	0
5-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
		RX PERIAPICAL	RPID		1	1	4	0	0	0	0
6-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
7-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
8-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
9-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
10-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
11-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
12-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
13-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
14-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		
15-0	0	8	1	0	0	0	4	2	1		

43-Data Prescrição Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Implante/Endoprótese

45-Tipo de Tratamento

1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US

17 0 0 0

47-Sumário Total R\$

R\$ 0 0 0

48-Total Prescrições / Consultas/Exames R\$

Declara, que após ter sido devidamente esclarecida os propósitos, técnicas, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar com os custos previstos no procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), todo(o) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autoriza a Operador a pagar a meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os V. referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

maia 49 Dec



PADRÃO ODONTO

Seu sorriso em primeiro
lugar!!

Paciente: Rosângela Maria dos Reis

Solicito Periapical dos seguintes
elementos: 12, 13, 23, 27, 35 e
44.

motivo: Exo e avaliação endodôntica


Dr. Karim L. Figueiredo
Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 38035

Data: 11 / 03 / 21

Rua Maria Letícia, n 66, sobreloja - Centro - Rio das Ostras/RJ
Telefone: (22)2210-1605 ou (22) 991038804
E-mail: padraodontto66@gmail.com