



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/11 11:21

4-Data de Autorização
13/01/11 11:21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8096934

7-Data Validade da Senha
25/10/21 12:11

429518
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025336520000101

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
JAQUELINE AMORIM DA SILVA SOARES

13/09/1980

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JAQUELINE AMORIM DA SILVA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIRIOD

18-Número no CRO
21193

19-UF
RJ

20-Código CRO S
09

21-Data Validade da Senha
025 -

22-Nome do Contratado Executante
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0015628611735

22-Nome do Contratado Executante
ONAYR MARTINS DA SILVA FILHO

23-Número no CRO
21193

24-UF
RJ

25-Código CNES
(1) 81000405

26-Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
ONAYR MARTINS DA SILVA FILHO

27-Número no CRO
21193

28-UF
RJ

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
1-008100405

32-Descrição
RADIOGRAFIA PANORÂMICA

33-Dente/Região
1

34-Face
78

35-Qtd
0

36-Valor
0,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
S

40-Data de Realização
02/12/2011

41-Nome da Gesso 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Gesso 42-Assinatura
1	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	78	0	0,00	0,00		S	02/12/2011	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Anestesia
1-Total 2-Parcial

46-Tipo de Anestesia
1-Total 2-Parcial

47-Valor Total R\$
3354,00

48-Valor Total R\$
3354,00

49-Valor Total R\$
3354,00

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, 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 Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

CIRIOD - Centro Integrado de Radiografia Oral e Diagnóstico



São Gonçalo, 19 / 11 / 2020

Nome: Jaqueline Andrim da Silva Soares

Solicito radiografia panorâmica, para avaliação de terceiros molares.

Flávia Moura Monteiro
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 47506

www.021dental.com.br

Endereço: Avenida Presidente Kennedy, 735 sala 901
São Gonçalo
Telefone: 2263-8960