

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

24º

325496  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414  
3-Data de Emissão da Guia 17/10/2011  
4-Data de Autorização 07/07/2011  
5-Senha AUTORIZADO  
6-Número da Guia Principal 7639439  
7-Data Validade da Senha 15/09/2011

8-Numero da Carteira 020252888330000104  
9-Plano POS REDE PRESTADORA  
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA  
11-Data Validade da Carteira  
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LOUENNE DOS SANTOS BRAGA  
14-Teléfono  
15-Nome do titular do plano DENISE MURTA DOS SANTOS

08/02/2006  
25 - Faturar Empresa

16-Atendimento a RN CROD - RADIOLOGIA ORAL  
17-Nome do Profissional Solicitante  
18-Numero no CRO 30636  
19-UF RJ  
20-Código CBO S 09  
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 086246397119  
22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA  
23-Numero no CRO 30636  
24-UF RJ  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA  
27-Numero no CRO 30636  
28-UF RJ  
29-Código CBO S

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Rajado 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rajado	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00345	DOC ORTODONTICA "A"		1		3,81,00	0,00		S	09/09/2011		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento  
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência  
45-Modalidade de Atendimento 1-Total 2-Parcial  
46-Total Quantidade US 381,00  
47-Valor Total R\$ 163830,00  
48-Total Franquia / Co-participação R\$

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) 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 Paciente/Beneficiário / Responsável  
09/10/2011  
51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista  
09/10/2011  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
09/10/2011  
53-Data, local e Endereço da Empresa  
09/10/2011 - Centro - Instituto de Radiologia Oral e Urologia

Opua 325496

# Arcada Centro Odontológico

## Receituário

Paciente: LOUENNE DOS SANTOS BRAGA

### Solicito

RX Panorâmica

RX Perfil

Intra orais

Oclusal esquerdo

Oclusal direito

Visão oclusal – superior e inferior

(fotos) extra orais (face)

Frontal (séria) frontal (sorriso amplo)

Perfil direito

Perfil esquerdo

Modelo zocalados

Cefalometrica c/ traçado de steiner

São Gonçalo: 17 /06 /2020

Dr:

  
Dr. André Magella  
Cirurgião-Dentista  
CRO 25729

---

Rua: Arthur Silva N°50 - ALCANTARA SÃO GONÇALO

TEL: 3073-6062/2712-2455/2614-3821

E-MAIL: [dentistabrasil@hotmail.com](mailto:dentistabrasil@hotmail.com)