



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



363287
INTERCÂMBIO

Identificação para o Cód. SORF

1-Registro AMS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 8 / 2 0 4-Data de Autorização 1 0 / 1 / 0 9 / 2 0 5-Semha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7818129 7-Data Validade da Semha 1 2 / 3 / 1 1 / 2 0 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 8 4 3 1 2 0 0 0 0 1 0 1 9-Ramo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Nome do titular do plano SHIRLEY LOPES DOMINGUES

13-Nome SHIRLEY LOPES DOMINGUES 28/05/1982 14-Telefone

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD - RADIOLOGIA ORAL 18-Número no CRO 30636 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 0 8 6 2 4 6 3 9 7 1 9 22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 23-Número no CRO 30636 24-UF RJ 25-Código CNES 0181000405 26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA 27-Número no CRO 30636 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Sinatura
1-0	0	8	1	0	0	4	0	5				
		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1		7	8	0	0		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento 01/11/2020												
44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 17 8 0 0												
47-Valor Total R\$ 0 0 0 0												
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(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

Dra. Saraia Martins

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2020 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2020 52-Data, local e Assinatura do Responsável 01/11/2020 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2020 54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2020

CIRIOD - Cirurgião-Dentista

Shilei Lopes Domingues 28/05/1982

solcito uma radiografia panorâmica para
avaliar elementos dentais com cárie, restauração ou
elementos dentais a serem extraídos, e possíveis demais
a serem feitos.

17/08/2020
GBB
Dra. Gabriela Ribeiro Borges
Cirurgiã-Dentista
CRO - 48538