



Paciente: Julio Cesar dos Santos Ribeiro

Solicito:

Rx Panoramica – para visualização geral de nível osseo

Raio x periapical completa – Para diagnostico de profundidade de bolsas periodontais generalizadas em todos os elementos

*Seu bom dia,
10/11/2020*


Dra Cristiane Machado
CRORJ 40732

Rua Yolanda Saad Abuzaid, 150, sala 706 (Prédio do Relógio) – Alcântara, SG

☎ (21) 2036 0488 / (21) 98206 5012 ✉ invictaalcantara@gmail.com

CNPJ: 33462423/0001-82 / EPAO: 5621



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



416024
INTERCÂMBIO

Insuficiência para obter SUSEF

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11 11:20	4-Data de Autorização 13/11/11 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8040364	7-Data Validade da Senha 01/01/12 12:11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025326107000000101	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 JULIO CESAR DOS SANTOS RIBEIRO	21/06/1972	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR DOS SANTOS RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD - RADIOLOGIA ORAL	18-Número no CRO 30636	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081246139719	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	23-Número no CRO 30636	24-UF RJ	26-Número no CRO 30636	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Rolagem	34-F-ice	35-Cid	36-Quantidade US	37-V-valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-010	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00		0,00	S	13/11/2011		
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-Dados Previstos / Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 3354,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, meios, 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2011	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2011	52-Dia, local e Assinatura do Responsável 13/11/2011	53-Dia, local e Assinatura da Empresa 13/11/2011
--	--	---	---

CIRIOD - Centro Integrado de Radiologia