



Transmissão para o CDS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2A*



450510
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/11/2011

4-Data de Autorização
11/11/2011

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8182386

7-Data Validade da Senha
11/11/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202522766300052602

9-Pano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ACREDERJ ASSOC DOS COM

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

13-Nome
JANAINA LIMA DA SILVA

14/09/1992

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JULIO MAGNO CANDIDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIROD - RADIOLOGIA ORAL

18-Número no CRO
30636

19-UF
RJ

20-Código CRO S
09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08624639719

22-Nome do Contratado Executante
DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

23-Número no CRO
30636

24-UF
RJ

25-Código no CRO S
025 -

26-Atividade
Faturar Empresa

27-Enviar - RX
() 81000405

28-Nome do Profissional Executante
DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	1	78,00	36,54	0,00		11/11/2011		
2-0	08100405	LEVANTAMENTO		1	2	22,00	95,46	0,00		11/11/2011		
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												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Esturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
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												



Nome: JANAINA LIMA DA SILVA

Solicito: Rx panorâmico.

Motivo: Visualização da região do 3º molares e estruturas próximas e avaliação ortodôntica.

CLÍNICA ODONTH LTDA
CRO/RJ - EPO 3657
Resp. Téc. Thays A. Alfaya
CRO-RJ 37394
11/10/12

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clinicaodonth@gmail.com



Nome: JANAINA LIMA DA SILVA

Solicito: Rx Periapical Completo.

Motivo: Avaliar perda óssea, presença de bolsa de 4 milímetros ou mais e cálculo subgengival e avaliação ortodôntica.

CLÍNICA ODONTH LTDA
CRO/RJ - EPO 3857
Resp. Téc. *Thays A. Alfaya*
CRO-RJ 37394
11/10/21

Av. Dr. Eugênio Borges 721 sala 201 – Arsenal – São Gonçalo

Tel: 2603-4865/21 98693-7855

clínicaodonth@gmail.com