



437186
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 405414 3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012 4-Data de Autorização 10/11/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8129361 7-Data Validade da Serina 09/10/2013

8-Número da Carteira 00202533852400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GESSICA FLORIANO DA SILVA 14/07/1995 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GESSICA FLORIANO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CIROD 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 21193 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01562861735 22-Nome do Contratado Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO 23-Número no CRO 21193 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPSE (I) 81000421- (I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO 27-Número no CRO 21193 28-UF RJ 29-Código CBO S (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data e Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	1 4,00	0,00		S	10/11/2012	10/11/2012	10/11/2012
2- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RME	1	1	1 4,00	0,00		S	10/11/2012	10/11/2012	10/11/2012
3- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	1 4,00	0,00		S	10/11/2012	10/11/2012	10/11/2012
4- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
5- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
6- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
7- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
8- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
9- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
10- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
11- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
12- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
13- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
14- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											
15- 0 0 1	8 1 0 0 0 4 2 1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Valor Total R\$ 421,00 46-Total Quantidade US 4 2 1 0 0 47-Valor Total R\$ 2628,00 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 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 Carbo de Empresa

CIROD - Centro Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico

Centro Odontológico Sorrindo Mais LTDA_

Rua: Carlos Gianelli, 200 sala 101

Centro SG

Paciente: Gessica Floriano da Silva

Solicito Radiografia

Periapical dos dentes 25,36,46 e 47

OBS: radiografia solicitada para avaliação endodontica

São Gonçalo 27 novembro de 2020

Exame

Rua Coronel Rodrigues,422 sala 811

Tel (21) 27120785

