



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11/11/20	4-Data de Autorização 11/7/11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047995	7-Data Validade da Sentença 11/01/02/12/11
8-Número da Carteira 010202153242900000001010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11
13-Nome JEAN LUIZ GOMES DA MOTA			25/07/1975	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano JEAN LUIZ GOMES DA MOTA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIRIOD - RADIOLOGIA ORAL	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	18-Número no CRO 30636	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 018624639719	23-Número no CRO 30636		24-UF RJ	25-Código CNES (1) 81000405	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentofragila	34-Face	35-Cid
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			
2-00	81000294	LEVANTAMENTO			
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 Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial	46-Total Quantidade US 30101010
47-Valor Total R\$ 484,00			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), 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
11/8/11/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/11/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/8/11/11/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/8/11/11/20

CIRIOD - Centro Integrado de Radiologia e Diagnóstico



Odontologia Especializada

Paciente: Jean Luiz Gomes da Mota

Solicito:

Raio x Panorâmico – para visualização de terceiros molares semi incluídos

Raio x periapical completa – Para diagnóstico de profundidade de bolsas periodontais e cálculo subgengival em todos os elementos

*São bonifácio,
04/11/2016*

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