



305404
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2014 4-Data de Autorização 11/11/14 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 305404 7-Data Validade da Senha 05/10/2012

8-Número da Carteira 00202025073667012079011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA 11-Data Validade da Carteira 11/11/14 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARCO ANTONIO DA SILVA SIMAO 26/04/1980 14-Telefone (31) 33331021 15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO DA SILVA SIMAO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA 18-Número no CRO 39384 19-UF MG 20-Código CBO S 01 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 070953011611 22-Nome do Contratado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 39384 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 39384 28-UF MG 29-Código CBO S

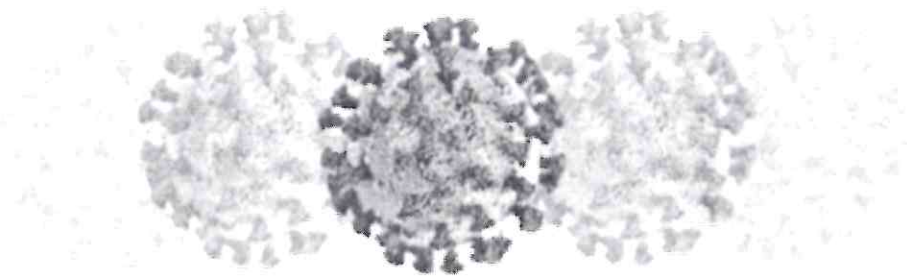
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	8100049	CONSULTA ODONTOLÓGICA	47	1	1	34,00	0,00					
2-00	8520034	TRATAMENTO EM		1	1	8,00	0,00					
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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42,00	0,00								

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) detalhado(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.

Francine Kelly dos Santos de Paqumant e Pndeiros

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2014 Natália de P. Prota Moreno 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2014 Natália de P. Prota Moreno 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/06/2014 X 53-Data local e Carimbo da Empresa 06/06/2014

CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG: 35.935



QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR PARA A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

COVID-19

Paciente: Marco Antônio Silva Simão

Temperatura: _____

1. Você teve febre nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

2. Você tem ou teve sintomas como tosse e/ou dificuldade para respirar nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

3. Você entrou em contato com pessoas com infecção por coronavírus confirmada nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

4. Você entrou em contato com pessoas que estiveram em regiões com transmissão confirmada nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

5. Você entrou em contato com pessoas que apresentaram febre ou problemas respiratórios nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO



INSTITUTO
MINEIRO DE
ODONTOLOGIA
E URGÊNCIAS

Hora de chegada: 15:35

Data: 06/04/2020

Convênio: Dental Uni

Nome: Marco Antonio Silva Lima
Data de nascimento: 26/04/80 Sexo: F () M (☒)
Identidade: MG834854 CPF: 04240347602
End. Residencial: Rua Araújo Taborda Athayde, 2130, BLA, AP26
Bairro: Hugo Lange Cidade: Curitiba CEP: 80040380
Tel fixo: _____ Tel Celular: 4199832919 Email: marcoantoniossln@gmail.com
Profissão: Eng. Eletronico Indicação: _____
Convênio: Dental Uni Número da carteirinha: 002.025073667
Plano: _____ Empresa: Renault
Titular do plano: Marco Antonio Silva Lima

Autoriza de forma gratuita e espontaneamente, a utilização de suas imagens intraorais e extraorais, para as finalidades descritas a seguir:

- Publicação em revistas científicas e exposição em congressos científicos.
- Utilização para fins publicitários, veiculados pela internet.
- Divulgação através de folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo etc), anúncios em revistas e jornais, Home Page, entre outros.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

(☒) Autorizo () Não Autorizo

Estou ciente de que o atendimento realizado tem caráter de urgência (provisório ou de efeito temporário). Fui informado que após a consulta de urgência devo procurar um dentista para realizar o tratamento definitivo. Caso não procure tratamento após o atendimento poderei prejudicar meu tratamento, acarretar transtornos e/ou perda de dente.

Marco Antonio S. Lima
Assinatura do paciente

(FAVOR PREENCHER FRENTE E VERSO)

Qual motivo da consulta? Dente quebrado

Você já esteve em atendimento conosco? () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Assinale de acordo com seu estado de saúde

	SIM	NÃO
Você está ou esteve sob tratamento médico recentemente?		X
Você apresenta problema de coração?		X
Você apresenta problema de intestino?		X
Você apresenta problema de estômago?		X
Você apresenta problema de fígado?		X
Você apresenta problema de pressão?	() alta () baixa	X
Você apresenta algum problema respiratório?		X
Você tem ou teve reumatismo?		X
Você sofre de distúrbios sanguíneos?		X
Você tem diabetes?		X
Você tem ou teve alguma doença infectocontagiosa?		X
Você fuma?		X
Você consome bebidas alcoólicas com frequência?		X
(Se mulher) Você está grávida ou acha que está?		

Você possui alguma doença não citada anteriormente? ~~(X)~~ Não () Sim. Qual? _____

Você toma remédio controlado? ~~(X)~~ Não () Sim. Qual? _____

Você é alérgico a algum medicamento e/ou produto? Não

Há alguma outra informação que gostaria de relatar? ~~(X)~~ Não () Sim. Qual? _____

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras.

Marina Neiva
Assinatura do paciente

Preenchimento obrigatório pelo Cirurgião Dentista que realizou o atendimento

Número do dente: 44 Diagnóstico: Dente quebrado

Conduta clínica: Remoção de fragmento (face vestibular)

Medicamento prescrito: nimesulida e dipirona

Radiografia: () Não ~~(X)~~ Sim. Quantidade? 02 Fotografia: ~~(X)~~ Não () Sim. Quantidade? _____

Atestado: ~~(X)~~ Não () Sim. Quantos dias? _____ Nome do Dentista: Marina Neiva