



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



327594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/11/06

4-Data de Autorização 11/11/06

5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal 327594

7-Data Validade da Sentença 19/10/09

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 0037000020264855

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A

11-Data Validade da Carteira 11/11/06

12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700800438708285

13-Nome CHARLES HENRIQUE GONCALVES GOM

14-Telefone ()

15-Nome do titular do plano CHARLES HENRIQUE GONCALVES GOM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA

18-Número no CRO 39384

19-UF MG

20-Código CBO S 01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07095301611

22-UF MG

23-Código CNES 39384

24-UF MG

25-Código CBO S 39384

26-UF MG

27-Número no CRO 39384

28-UF MG

29-Código CBO S 39384

30-UF MG

28-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0081000057

32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

33-Dente/Região 28

34-Fase TRATAMENTO EM

35-Qtd 1

36-Quantidade US 3

37-Valor 14,00

38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00

39-Aut 0,00

40-Data de Realização 12/11/06

41-Motivo da Glosa N/A

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/06

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US 42,00

47-Valor Total R\$ 0,00

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.

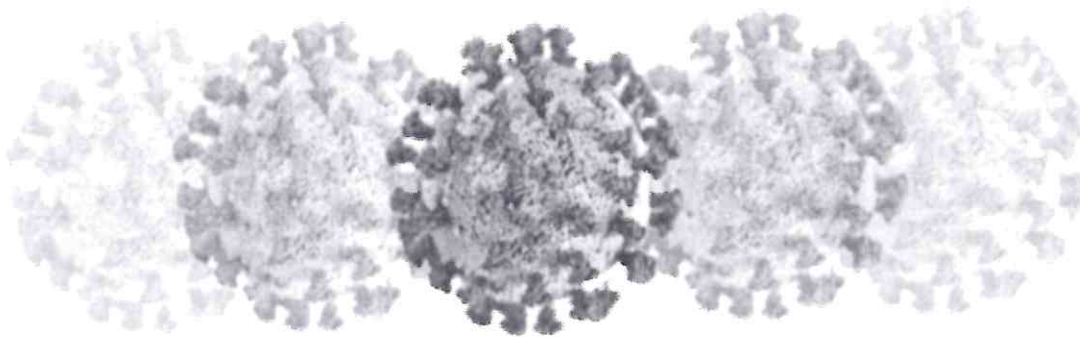
49-Observação Subpito aneurismal hipertensivo. Redigido pelo Dr. Carlos

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/06

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/06

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/06

53-Data, local e Campo da Empresa 12/11/06



Complementar para a Prática Odontológica

COVID-19

Paciente: Charles Henrique Gonçalves Gomes

Temperatura: 35.7 Saturação Oxig nio: 98%

1. Você apresentou um destes sintomas nos últimos 14 dias? Marque abaixo:

- () Febre () Tosse () Falta de ar () Coriza () Congestão Nasal () Cefaleia
() Dor de Garganta () Mal-Estar () Mialgia (X) Nenhum dos Sintomas

2. Você está em isolamento domiciliar

- (X) Sim (X) Não
() Outro: Lo Urgência agora

3. Você teve contato com casos suspeitos (familiares, amigos, trabalho) para Covid-19?

- () Sim (X) Não
() Outro: _____

4. Você teve contato com casos confirmados (familiares, amigos, trabalho) para Covid-19?

- () Sim (X) Não
() Outro: _____

5. Declaro estar ciente das ações preventivas quanto aos cuidados ao combate à Pandemia COVID-19 e estou seguindo as orientações do sistema de saúde

- (X) Sim () Não
() Outro: _____

Declaro ser verdadeiras as informações fornecidas neste formulário

Charles Henrique Gonçalves Gomes

Assinatura

Hora de chegada: 08 : 30

Data: 21/06/2020

Convênio: Uniodonto Rio

Nome: CHARLES HENRIQUE GONÇALVES GOMES

Data de nascimento: 05/08/81 Sexo: F () M (X)

Identidade: MG 10047692 CPF: _____

End. Residencial: Rua Alameda Topázio, Chácara 211C

Bairro: Condomínio Topázio Cidade: Esmeraldas CEP: 35740.000

Tel fixo: _____ Tel Celular: 31985274833 Email: laboratorio.de.engenharia@gmail.com

Profissão: Engenheiro/Professor Indicação: _____

Convênio: Uniodonto Número da carteirinha _____

Plano: _____ Empresa: _____

Titular do plano: _____

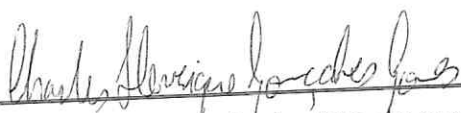
Autoriza de forma gratuita e espontaneamente, a utilização de suas imagens intraorais e extraorais, para as finalidades descritas a seguir:

- 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.

(X) 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.


Assinatura do paciente

(FAVOR PREENCHER FRENTE E VERSO)

Qual motivo da consulta? Dor no dente com cárie

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

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

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

Você é alérgico a algum medicamento e/ou produto? Até hoje não

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

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras.

[Assinatura]

Assinatura do paciente

Preenchimento obrigatório pelo Cirurgião Dentista que realizou o atendimento

Número do dente: 28 Diagnóstico: pulpite aguda

Conduta clínica: pulpectomia e orientações

Medicamento prescrito: nimesulida e dipirama

Radiografia: () Não ☒ Sim. Quantidade? 02 Fotografia: ☒ Não () Sim. Quantidade? —

Atestado: ☒ Não () Sim. Quantos dias? — Nome do Dentista: Paulina Nappi