



Indicador para o CBO 3001

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



336270
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2019	4-Data de Autorização 14/07/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7691427	7-Data Validade da Sentença 06/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202522766300030801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome REINALDO DE OLIVEIRA ARAUJO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Titular do Plano REINALDO DE OLIVEIRA ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CIROD - RADIOLOGIA ORAL
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08624639719	22-Nome do Contratado Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA
26-Nome do Profissional Executante DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA	23-Número no CRO 30636
27-Número no CRO 30636	28-UF RJ
29-Código CBO S	20-Código CBO S 09
25-Código CNES (1) 81000405	24-UF RJ
25-Código CNES Enviar - RX	20-Código CBO S 025 -
Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00			14/07/2019		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 3354,00	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 realizados 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

UNICD - Centro Integrado de Radiologia Ula e Unig...

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 14/07/2019	51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista 14/07/2019	52-Data local e Assinatura do Responsável 14/07/2019	53-Data local e Assinatura do Responsável 14/07/2019
--	--	---	---

Reinaldo de Oliveira Araujo



Drª Marília Peon Albuquerque da Silva
CIRURGIÁ DENTISTA
CRO - RJ 12188-0

Remal de Oliva de Frankfurt

Rx panorâmica de face e laudo
11 dias curativos

Marília Peon A. da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 12188-0

16/04/20

RUA JOÃO DE ALMEIDA, 42 SALA 202 - CENTRO
ALCÂNTARA - SÃO GONÇALO - RJ
TEL. 2614-4979 CEL.96440-6320 WHATSAPP

PARTICULAR e CONVÊNIO