



374237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2010	4-Data de Autorização 14/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7866198	7-Data Validade da Senha 11/12/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202507811900339904		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COPACOL COOP AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GUILHERME SILVA CORREIA	14-Telefone 15/10/2010	15-Nome do titular do plano AGUIMAR CORREIA DA SILVA
------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA RADIOLOGICA SAFE CARNEIRO		18-Número no CRO 7870	19-UF DF	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RPE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22485970106		22-Nome do Contratado Executante TANIA CARNEIRO MAFRA		23-Número no CRO 7870	24-UF DF	25-Código CNES 553680	
26-Nome do Profissional Executante TANIA CARNEIRO MAFRA		27-Número no CRO 7870		28-UF DF	29-Código CBO S 2232-60		

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 Glosa	42-Assinatura
1	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	16/08/20		Joia
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	16/08/20		Joia
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	16/08/20		Joia
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Joia
5	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	16/09/20		Joia
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2010	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 278,00	47-Valor Total R\$ 11120,00	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 16/10/2010 Tania Carneiro Mafra CRO-DF 7870 - IE 3056 Radiologista		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/2010 Joia Marcia P.S. Pereira		52-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	--	-------------------------------------

Tania Carneiro Mafra
CRO-DF 7870 - IE 3056
Radiologista

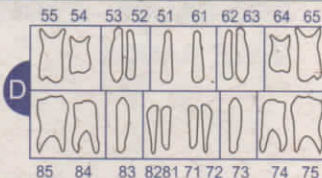
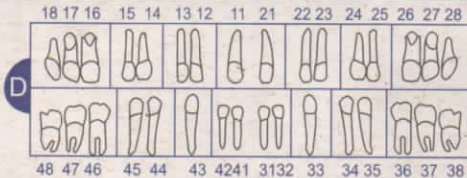
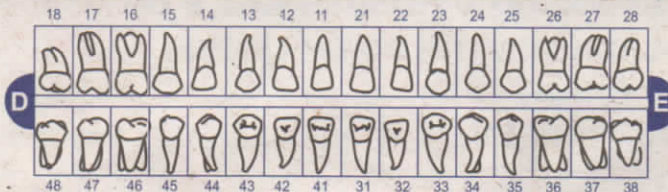
**SAFE CARNEIRO**Radiologia Odontológica
CRO-DF 34**R.T. Dra. Tânia Carneiro**
CRO-DF 7870 IE 30**Dra. Thais Carneiro**
CRO-DF 9764

Conjunto Nacional Brasília - Fone: 6.021 - Torre Verde

Fone: (3964-2365) (3039-3145) www.safecarneiro.com.br

Paciente: Guilherme Silva Correia Fone: 12/09Data de Nascimento: 15/10/2010 Data: (62) 99207 9364Dr. (a): _____ CRO: (61) 98134 0308

Endereço: _____ Fone: _____

FASE DO TRATAMENTO: ☐ INICIAL ☐ FINAL ☐ REVISÃO ☐ ENVIAR BLOCOEXAMES: ☐ CD - E-MAIL: _____**PERIAPICAL DIGITAL**☒ Total (Avaliação periodontal) ☐ Dentes Assinalados
☐ Total + Bite - Wing ☐ Técnica de Clark Localização _____**INTERPROXIMAL (BITE-WING) DIGITAL**Molares ☒ D ☒ E Pré-molares ☒ D ☒ E **OCCLUSAL**
☐ Maxila ☐ Mandíbula**EXTRA-ORAIS DIGITAL**☒ Panorâmica (Avaliação ossea) ☐ Telerradiografia com Traçado
☐ Panorâmica p/ Implante ☐ USP ☐ Ricketts ☐ Jaraback
☐ Carpal ☐ P.A. ☐ Com Traçado ☐ Unicamp ☐ Bimler ☐ Sassouni
☐ A.T.M. ☐ 4 Incidências ☐ 6 Incidências ☐ McNamara ☐ Outros _____**DOCUMENTAÇÃO ORTODONTICA**☐ Panorâmica/Telerradiografia/Modelo/Fotos
☐ Panorâmica/Telerradiografia/Periapical de Incisivos/Bite-Wing/Modelos/Fotos
☐ Panorâmica/Telerradiografia/Periapical Total /Bite-Wing/Modelos/Fotos**FOTOS**☐ Frente e Perfil ☐ Intra Oraís ☐ Estudo
☐ Frente, Perfil e Sorriso ☐ Oclusais ☐ Trabalho
☐ Perfil Aproximado ☐ Over-Jet ☐ Com Análise
☐ Cartela 12 Fotos ☐ Análise Facial ☐ Placa de Clareamento**MODELOS****TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA**☐ Implante ☐ Fratura Radicular ☐ Área Prontológica: _____
☐ Maxila Total ☐ Dente Incluso / Supranumerário ☐ Papel Fotográfico ☐ Radiográfico
☐ Mandíbula Total ☐ ATM Bilateral (Boca Aberta/Fechada) ☐ Dental Slice.

Finalidade do exame: _____

Catiana Garófalo
Cirurgiã - Dentista
CRO-DF 11.469

Carimbo e Assinatura

Horário: 2ª a 6ª de 8:00 h às 19:00hs / Sábados : de 9:00hs às 13:00hs

Documentação Ortodôntica 8:00hs às 17:00h