

Solicitado ex panoramico para o paciente
de Marcelo Vieira Gonçalves Junior

1
Niterói, 21/01/2021

Bruna Monteiro
CRO 31044-RJ

Tel: (21) 2619-2095

Av. Professor Carlos Nelson Ferreira



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão do Guia 21/11/2011	4-Data de Autorização 22/11/2011	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218651	7-Data Validade da Semeta 21/11/2011	459288 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 0002025347882000000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO VIANA GONCALVES JUNIOR		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MARCELO VIANA GONCALVES JUNIOR	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CIROD	18-Número no CRO 21193	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01562861735		22-Nome do Contratado Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO	23-Número no CRO 21193	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ONAYR MARTINS DA SILVEIRA FILHO		27-Número no CRO 21193	28-UF RJ	29-Código CBO S		

30-Tabela 1-008100405	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 7	36-Quantidade US 8,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 22/11/11	41-Motivo da Gêsa 2	42-Assinatura [Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Grupo-Dentista Solicitante 22/11/11	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 22/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/11
---	---	---	---

Marcelo Viana Gonçalves Junior
Centro Integrado de Radiologia Oral e Diagnóstico