

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2012

4-Data de Autenticação
11/05/2012

5-Semeta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8133934

7-Data Validade da Semeta
11/01/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00201253275020000101

9-Pilano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/01/2013

13-Nome
ROSELY DA CONCEICAO

21/06/1966

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ROSELY DA CONCEICAO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
CIROD - RADIOLOGIA ORAL

18-Número no CRO
30636

19-UF
RJ

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
08624639719

22-Nome do Contratado Executante
DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

23-Número no CRO
30636

24-UF
RJ

25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante
DANIELA OTERO PEREIRA DA COSTA

27-Número no CRO
30636

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
10081000294

32-Descrição
LEVANTAMENTO

33-Dente/Régio
1

34-Face
1

35-Cid
22200

36-Quantidade US
0,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
S1131220

39-Aut
40-Data de Realização
11/01/2012

41-Motivo da Class
42-Assinatura

3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

43-Data Prescrição
11/01/2012

44-1-Tipo de Atendimento
2-Estudo Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
22200

47-Valor Total R\$
5546,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/01/2012

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/2012

52-Data local e Assinatura do Beneficiário Responsável
11/01/2012

53-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/2012

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

4381/8
INTERCÂMBIO



Odontologia Especializada

Paciente: Rosely da Conceição

Solicito:

Raio X periapical completa

Para diagnóstico de profundidade de bolsas periodontais em todos os elementos

Seu trabalho,
08/12/2020

Dra Cristiane Machado
CRORJ 40732

Rua Yolanda Saad Abuzaid, 150, sala 706 (Prédio do Relógio) – Alcântara, SG

☎ (21) 2036 0488 / (21) 98206 5012 ✉ invictaalcantara@gmail.com

CNPJ: 33462423/0001-82 / EPAO: 5621