

T-88714

24h



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 12/3/10/2/2/2	4-Dia de Autorização 12/3/10/2/2/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9618495	7-Dia Validade da Senha 12/4/10/5/1/2/2	887911 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número de Carteira 1002102524425600000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dado Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO LUCAS DE MOURA RODRIGUES	25/05/2005	14-Telefone (121) 17196317968	15-Nome do titular do plano ANDRE DE PAULA	

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento		Dados do Profissional Solicitante	
16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS	18-Número no CRO 37075	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112121419797123	22-Nome do Contratado Executante GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 37075	24-UF RJ
25-Nome do Profissional Executante GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA		26-Número no CRO 37075	27-UF RJ

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Repto	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-10	0181010405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	100	0,00	11,51	13/02/22			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Abandono	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Atividade Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	50,10	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, lido e autolisto a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e ancor 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Carimbo da Empresa
	23/02/22	23/02/22	

Pedro Lucas de Moura Rodrigues

Solicito radiografia panorâmica do

Paciente acima, para avaliação clínica
e ortodôntica.

Clínica Odontológica Espaço Família Ltda
CNPJ: 10.52.440/0001-73 / EPAO-3041
Resp. Téc. Fabiane Melo CRO-RJ: 41529
Tel: (21) 2415-3681

R.O. 26/01/22