

70796

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329841
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2016	4-Data de Autorização 27/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172508	7-Data Validade da Senha 23/10/2019
--------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------	----------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00379994060508334	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAKER TILLY BRASIL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706002880211542
13-Nome BENICIO MOTE DA ROCHA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BENICIO MOTE DA ROCHA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 81000405 (I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME (I) 81000375-RPD (I) 81000375-RMD		
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S			

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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	27/10/2016		<i>[Assinatura]</i>
2-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	27/10/2016		<i>[Assinatura]</i>
3-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	27/10/2016		<i>[Assinatura]</i>
4-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	27/10/2016		<i>[Assinatura]</i>
5-	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	27/10/2016		<i>[Assinatura]</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 134,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------------------

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 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2016 Benício Mote da Rocha	53-Data, Local e Contribuição da Empresa 27/10/2016
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Benício Mote da Rocha

[Assinatura]



331243
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/06/20	4-Data de Autorização 29/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50173194	7-Data Validade da Senha 27/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00379994060508334		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BAKER TILLY BRASIL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706002880211542
-------------------------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------------------

13-Nome BENICIO MOTE DA ROCHA	14-Telefone 04/08/1964	15-Nome do titular do plano BENICIO MOTE DA ROCHA
----------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA LTDA	18-Número no CRO 24261	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03807661751	22-Nome do Contratado Executante FELIPE FERREIRA COSTA	23-Número no CRO 24261	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FELIPE FERREIRA COSTA		27-Número no CRO 24261	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	29/06/20		<i>[Handwritten Signature]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonçia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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) 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 <i>[Handwritten Signature]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/20 ODT DIGITAL RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/20 Benício Mote da Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------



Clínica Médico - Odontológica

CNPJ 03106363/0001-02 - Insc. Munic.: 02561-514

Rua Cardoso de Moraes, 25 - 3º andar - Praça das Nações
Bonsucesso - RJ - CEP 21032-000 - Tels.: 2560-5096 / 2560-3145 / 2590-2515

Humilio motu da Nocha

*Soluto principal completa para avaliação
de cárie, M W direita e esquerda (pré molares
& molares) para avaliação de cárie proximal &
panoramica para avaliação de ossos*

23/06/2020

*Ellen B. Gomes
Cirurgiã - Dentista
CRO - 12979 RJ*