



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/04 4-Data de Autorização 10/11/04 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50160627 7-Data Validade da Senha 13/01/06 8-Data Validade da Guia 10/11/04

304648
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10037994062231526 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa 01 ADMINISTRACAO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704205718813081

13-Nome ALESSANDRO VON HELDE VIANNA MA 06/12/1975 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOSELI NARCIZO VON HELDE VIANNA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 18-Número no CRO 37184 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1667726247753 22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 23-Número no CRO 37184 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA 27-Número no CRO 37184 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			02/04/20		
2-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			02/04/20		
3-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			02/04/20		
4-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			02/04/20		
5-0	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	35,00	0,00			02/04/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/04/20 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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 Beneficiário 02/04/20 CRO-RJ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 02/04/20 CRO-RJ 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/04/20 53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/04/20

CLÍNICA
ODONTOLÓGICA LTDA