

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



405649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/10 01/21/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50201847		7-Data Validade da Senha 12/15/10 11/12/11			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000370000000135357411		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa MONDEGO PRODUÇÕES		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004628581934			
13-Nome RAPHAEL DE LIMA MONDEGO		01/10/2001		14-Telefone		15-Nome do titular do plano ROBSON SILVA MONDEGO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		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 1616726247753		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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0001810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		29/10/20	
2-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		29/10/20	
3-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		29/10/20	
4-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		29/10/20	
5-0001840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		29/10/20	
6-000187000016		ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	59,00	0,00	0,00		29/10/20	
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 29/10/20		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 123,00		47-Valor Total R\$		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 no 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
29/10/20 Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
29/10/20 Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/10/20 Raphael de Lima Mondego

53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/10/20 ODC

1011 DENT CLINICA A