

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7798732	7-Data Validação da Senha 16/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202522766300063801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ACREDERJ ASSOC DOS COM	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHAEL LUYG FRAGA DE LIMA			14-Telefone 06/11/1995	15-Nome do titular do plano MICHAEL LUYG FRAGA DE LIMA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUMA CHAMUN MAMERI		18-Número no CRO 6846	19-UF ES	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13633612793		22-Nome do Contratado Executante LUMA CHAMUN MAMERI	23-Número no CRO 6846	24-UF ES	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUMA CHAMUN MAMERI			27-Número no CRO 6846	28-UF ES	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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S		18/08/20	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S		18/08/20	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S		18/08/20	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S		18/08/20	
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S		18/08/20	
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 178,00	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 19/08/20 Dr. Luma Chamun Mameri		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20 Ortodontia CRO-ES 6846		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa AV. JERÔNIMO MONTEIRO, Nº 1371 CENTRO - CEP: 29.100-401 VILA VELHA - ES	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

ORAL VITA ODONTOLOGIA
INTEGRADA LTDA.

29.889.677/0001-04