



transfere para você

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



308571  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                    |                                                |                       |                                        |                                                   |
|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 1 7 1 0 4 1 1 2 0 1 | 4-Data de Autorização<br>2 1 7 1 0 4 1 1 2 0 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50161856 | 7-Data Validade da Senha<br>2 1 6 1 0 7 1 1 2 0 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|

|                                                                     |  |                                  |  |                                                         |  |                                                          |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                                               |  | 10-Empresa<br>QUALIVIDA CONSULTO |  | 11-Data Validade da Carteira<br>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>702801667084961 |  |
| 8-Número da Carteira<br>1 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 4 9 9 5 1 8 1 1 1 1 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA   |  | 14-Telefone<br>( 1 1 1 ) 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1        |  | 15-Nome do Titular do plano<br>CARINA DE POINTIS MARCAL  |  |
| 13-Nome<br>CARINA DE POINTIS MARCAL                                 |  | 09/12/1987                       |  |                                                         |  |                                                          |  |

|                                                                             |  |                                                                              |  |                           |  |                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                             |  | 18-Número no CRO<br>37184                                                    |  | 19-UF<br>RJ               |  | 20-Código CBO S<br>801 -<br>Faturar Empresa |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                    |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA |  | 24-UF<br>RJ               |  | 25-Código CNES                              |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1 6 1 6 7 2 6 2 4 7 7 5 3 1 1 1 1    |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA    |  | 27-Número no CRO<br>37184 |  | 29-Código CBO S                             |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA |  | 28-UF<br>RJ                                                                  |  |                           |  |                                             |  |

| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 1-0                                             | 0                         | 8            | 2               | 0       | 0      | 8                | 7        | 5                               |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| EXODONTIA SIMPLES DE                            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 1-0                                             | 0                         | 8            | 2               | 0       | 0      | 8                | 7        | 5                               |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 2-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 3-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 4-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 5-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 6-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 7-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 8-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 9-                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                                              |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                     |                                                                                                              |                                               |                                             |                                 |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 43-Data Prescrição / Término do Tratamento<br>2 1 1 1 0 4 1 1 2 0 1 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 1 1 1 7 3 1 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>1 0 1 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |                                                                                                                    |                                                                                                              |                                                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>2 1 1 1 0 4 1 1 2 0 1<br>Dr. Luis Alberto P. S. Taborda | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>2 1 1 1 0 4 1 1 2 0 1<br>CARINA DE POINTIS MARCAL | 52-Data, local e Assinatura da Empresa<br>2 1 1 1 0 4 1 1 2 0 1<br>ODONTOCLINICA |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|