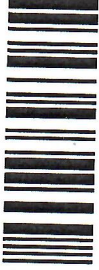




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



341072
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177257	7-Data Validade da Senha 11/07/2017 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 10031799940591837729	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702609767364043				
13-Nome RENATA DA SILVA CAMELO				
14-Telefone ()				
15-Nome do titular do plano OSMAR DA SILVA JUNIOR				

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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16617262471753		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		Faturar Empresa	
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-	0101810000015	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		11/07/2017	
2-	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		11/07/2017	
3-	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		11/07/2017	
4-	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		11/07/2017	
5-	0101840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		11/07/2017	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão de Fim do Tratamento 11/08/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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 apreendidos, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

50-Plano Oficial e Assinatura do Quirurgião-Dentista Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	51-Plano Oficial e Assinatura do Quirurgião-Dentista LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	52-Plano Oficial e Assinatura do Beneficiário / Responsável RENATA DA SILVA CAMELO	53-Data, local e Carimbo do Emissor 11/07/2017
---	---	---	---