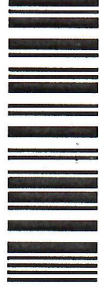


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



348505
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7748383	7-Data Validade da Senha 12/11/10 12:01
8-Dados do Beneficiário				
9-Número da Carteira 000202531168600000102				
10-Plano POS REDE PRESTADORA				
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde				
13-Nome 03/07/2003				

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				
14-Telefone () - - - - -				
15-Nome do titular do plano PRICILA SANTOS DA SILVA				

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 025 - Faturar Empresa				

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 066726247753				
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
1-0101811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	31/07/20	
2-01018140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	31/07/20	
3-01018140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	31/07/20	
4-01018140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	31/07/20	
5-01018140000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	31/07/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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	
Assinatura do Profissional Solicitante: Luís Alberto P. S. Taborda Assinatura do Profissional Assistente: Luís Alberto P. S. Taborda Assinatura do Contratado Executante: Luís Alberto P. S. Taborda Assinatura do Profissional Contratado: Luís Alberto P. S. Taborda	
50-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 31/10/20 CRO-RJ 37184	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 31/10/20 CRO-RJ 37184
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20 Priscila Santos da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20 ODC - CLINICA A