

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

428500
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 12/16/11 11/12/10
 4-Data de Autorização 12/16/11 11/12/10
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 50208790
 7-Data Validade da Senha 12/14/10 12/11/11

8-Número de Carteira 10101371000000121624916
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa SORVETERIA NELSON
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70210779057194
 13-Nome ROGERIO PINHO BORGES DOS SANTO
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do plano FERNANDO BORGES DOS SANTOS

16-Atendimento a RN
 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 66726247753
 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

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
1-010	181010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
2-010	184010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
3-010	184010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
4-010	184010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
5-010	184010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
6-010	18701016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	59,00	0,00	0,00	S	09/12/10	M. B. B. B.
7-010											
8-010											
9-010											
10-010											
11-010											
12-010											
13-010											
14-010											
15-010											

43-Data Revisão 09/11/10
 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 233,00
 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 09/11/10
 51-Data, Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 09/11/10
 52-Data, Local e Assinatura de Médico Assistente de Cirurgião-Dentista 09/11/10
 53-Data, Local e Assinatura de Empresa 09/11/10