

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



354867  
 INTERCÂMBIO

|                                                                            |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------|--------|------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                   |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2012                                                                      |                 | 5-Sineta<br>AUTORIZADO                      |        | 6-Número de Guia Principal<br>50183117   |          | 7-Data Validade da Sineta<br>09/11/12                    |        |                                                   |                                  |
| Dados do Beneficiário                                                      |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00379940624294812                                  |                           | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                               |                 | 10-Empresa<br>ITCOM SERVICOS LTD            |        | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/12 |          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>706204558558963 |        |                                                   |                                  |
| 13-Nome<br>ELIANE BATISTA DE SOUZA OLIVEI                                  |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 14-Telefone<br>( )                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 15-Nome do titular do plano<br>ELIANE BATISTA DE SOUZA OLIVEI              |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                            |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                   |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA                                 |                 | 18-Número no CRO<br>37184                   |        | 19-UF<br>RJ                              |          | 20-Código CBO S<br>801 -                                 |        |                                                   |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>161726247153                        |                           | 22-Nome do Contratado Exequante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA                                     |                 | 23-Número no CRO<br>37184                   |        | 24-UF<br>RJ                              |          | 25-Código CNES<br>24-UF RJ                               |        |                                                   |                                  |
| 26-Nome do Profissional Exequante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA |                           | 27-Número no CRO<br>37184                                                                                    |                 | 28-UF<br>RJ                                 |        | 29-Código CBO S                          |          | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-          |        |                                                   |                                  |
| 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 RS                           | 39-Aut | 40-Data de Realização                             | 41-Motivo da Class 42-Assinatura |
| 1-00                                                                       | 810000065                 | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                        |                 |                                             | 1      | 34,00                                    | 0,00     |                                                          |        | 11/08/12                                          |                                  |
| 2-00                                                                       | 81000016                  | ATIVIDADE EDUCATIVA EM                                                                                       |                 |                                             | 1      | 59,00                                    | 0,00     |                                                          |        | 11/08/12                                          |                                  |
| 3-00                                                                       | 810000421                 | RX PERIAPICAL                                                                                                | RCSD            |                                             | 1      | 14,00                                    | 0,00     |                                                          |        | 11/08/12                                          |                                  |
| 4-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 5-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 6-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 7-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 8-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 9-                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 10                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 11                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 12                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 13                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 14                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 15                                                                         |                           |                                                                                                              |                 |                                             |        |                                          |          |                                                          |        |                                                   |                                  |
| 43-Data Previsão Término de Tratamento<br>11/08/12                         |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                 | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |        | 46-Total Quantidade US<br>1107,00        |          | 47-Valor Total RS<br>1107,00                             |        | 48-Total Franquia / Co-participação RS<br>1107,00 |                                  |

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 e referidos 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

|                                                                                              |                                                                                  |                                                                                                      |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/08/12 CIRURGIÃO DENTISTA | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/08/12 CIRURGIÃO DENTISTA | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/08/12 Eliane Batista de Souza Olivei | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>11/08/12 VCS ODONTOLÓGICA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|