

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

305429
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 4 1/12 10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50160789	7-Data Validade da Senha 01/01/17 12 10
--------------------------	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 01013172362000187006		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SICREDI RIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706303712753870
--	--	--------------------------------	---------------------------	--	--

13-Nome CARLOS HENRIQUE FERREIRA		14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE FERREIRA		
-------------------------------------	--	--------------------	---	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1616726247753	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-Tabella	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
1-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	06/04/20	
2-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	06/04/20	
3-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	06/04/20	
4-001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	S	06/04/20	
5-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	06/04/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data de Emissão da Guia 06/04/20	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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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

50-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 06/04/20	51-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Responsável 06/04/20	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/04/20	53-Data Local e Assinatura do Emprego 06/04/20
--	--	--	---

54-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 06/04/20	55-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Responsável 06/04/20
--	--

56-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
06/04/20

57-Data Local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Responsável
06/04/20