



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

374077  
INTERCÂMBIO

|                                                                              |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2012 | 5-Sentença<br>AUTORIZADO                   | 6-Número da Guia Principal<br>50190905                     | 7-Data Validade da Sentença<br>11/10/2012 |
| Dados do Beneficiário                                                        |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 8-Número da Carteira<br>00037999401603782951                                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA          | 10-Empresa<br>QUALIVIDA COMAER      | 11-Data Validade da Carteira<br>11/10/2012 | 12-Número do Contrato Nacional de Saúde<br>898005146409481 |                                           |
| 13-Nome<br>LILIANE MARA DE AZEVEDO VIANA                                     |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                                 |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 15-Nome do titular do plano<br>LILIANE MARA DE AZEVEDO VIANA                 |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                     |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16172624753                           |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA    |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA  |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa                                     |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 18-Número no CRO<br>37184                                                    |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 19-UF<br>RJ                                                                  |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 23-Número no CRO<br>37184                                                    |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 24-UF<br>RJ                                                                  |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 25-Código CNES                                                               |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 27-Número no CRO<br>37184                                                    |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 28-UF<br>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-Franchisa/Co-participação R\$                                             |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 39-Aut                                                                       |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 40-Data de Realização                                                        |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 41-Motivo da Guia 42-Assinatura                                              |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 43-Data Previsto Término de Tratamento                                       |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 44-Tipo de Atendimento                                                       |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 45-Tipo de Faturamento                                                       |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 46-Total Quantidade US                                                       |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 47-Valor Total R\$                                                           |                                         |                                     |                                            |                                                            |                                           |
| 48-Total Franchisa / 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 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-Dado local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/10/2012 | 51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/10/2012 | 52-Dado local e Assinatura do Bancário/Responsável<br>10/10/2012 | 53-Dado local e Assinatura da Empresa<br>10/10/2012 |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|