

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

379662
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Serinha
12/01/12 12/12/12

6-Número da Guia Principal
50193064

5-Serinha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12/11/09 12/12/09

3-Data de Emissão da Guia
12/11/09 12/12/09

1-Registro ANS
406414

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
705008854351755

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11/11

10-Empresa
APPA SERVICOS TEMP

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

8-Número da Carteira
000379994059539698

15-Nome do titular do plano
EMERSON ALVES DE BRITO

13-Nome
PEDRO ERNESTO LOURENCO DE BRIT

16-Atendimento a RN
N

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1667216247753

22-Nome do Contratado Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

18-Número no CRO
37184

20-Código CBO S
801 -
Faturar Empresa

19-UF
RJ

23-Número no CRO
37184

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-UF
RJ

27-Número no CRO
37184

28-UF
RJ

29-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faces	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3,40	0,00	0,00		21/09/20	
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	3,50	0,00	0,00		21/09/20	
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	3,50	0,00	0,00		21/09/20	
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	3,50	0,00	0,00		21/09/20	
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	3,50	0,00	0,00		21/09/20	
6-00087000161	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				1	5,90	0,00	0,00		21/09/20	
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 21/09/12	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\$ 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), tollofram 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
21/09/12 Dr. Luis Alberto Pinto de Sampaio Taborda
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/09/12 Dr. Luis Alberto Pinto de Sampaio Taborda
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/09/12 Emerson Alves de Brito
53-Data, local e Assinatura da Empresa
21/09/12 APPA SERVICOS TEMP

USU DENT CLINICA

ODONTOLOGICA

CRM - 2574

CRM - 37184