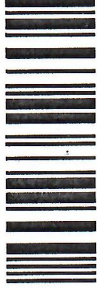




Faculdade de Odontologia de São Paulo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



306193
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 0 4 / 2 0	4-Data de Autorização 1 4 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161115	7-Data Validade da Senha 1 3 / 0 7 / 1 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 1003700000297261001	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa ALIANCA ADMINISTRADORA	
11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704709721544532
13-Nome MARINA DE SOUZA CRUZ SILVA	
14-Telefone () / /	
15-Nome do titular do plano MARINA DE SOUZA CRUZ SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
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-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	

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 de Glosa	42-Assinatura			
1	0	1	0	8	1	0	0	0	6	5		0	0	0	14/11/20				
2	0	1	0	8	4	0	0	0	1	9	8		0	0	14/11/20				
3	0	1	0	8	4	0	0	0	1	9	8		0	0	14/11/20				
4	0	1	0	8	4	0	0	0	1	9	8		0	0	14/11/20				
5	0	1	0	8	4	0	0	0	1	9	8		0	0	14/11/20				
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
43-Data Previsão Término do Tratamento		14/11/20		44-Tipo de Atendimento		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento		1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US		1 7 4 1 0 0		47-Valor Total R\$		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 14/11/2020 CRO-RJ 27104	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2020 27104	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2020 2579
---------------	--	---	--