



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

316945
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [2][6]/[05]/[20]	4-Data de Autorização [2][8]/[05]/[20]	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 316945	7-Data Validade da Serha [2][4]/[08]/[20]
--------------------------	---	---	-----------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira [0][0][3][7][9][9][4][0][6][4][4][5][8][6][9][2]	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA-BRASIL CONSTR	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708300222214160
13-Nome GERALDO COSTA ARAGAO FILHO			15-Nome do titular do plano GERALDO COSTA ARAGAO FILHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Mendicência 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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [6][6][7][2][6][2][4][7][7][5][3]	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-
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-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 Glosa 42-Assinatura
1-0	01810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/05/20	
2-0	01814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			28/05/20	
3-0	01814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			28/05/20	
4-0	01814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			28/05/20	
5-0	01814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			28/05/20	
6-0	01810004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			28/05/20	
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/05/20	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 188,00	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), foi(ram) 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 28/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/05/20
---	---	---	--