



Ins. Qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



306194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 14/10/2014
4-Data de Autorização 14/10/2014
5-Senhá AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 50161116
7-Data Validade da Senhá 13/07/2014
8-Número da Carteira 0103700000029726134
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa ALIANÇA ADMINISTRADORA
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705009415697755
13-Nome VALENTIM DE SOUZA CRUZ SILVA X
14-Telefone
15-Nome do titular do plano MARINA DE SOUZA CRUZ SILVA
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 16172612417753
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

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

30-Tabela	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
1-10	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00			14/10/2014		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/10/2014
44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência: Emergência
45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
46-Valor Total R\$ 10,00
47-Valor Total R\$ 10,00
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(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 Profissional Solicitante 14/10/2014 RJ 37184
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2014 RJ
52-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2014 RJ
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2014 RJ
54-Data, local e Assinatura do Profissional 14/10/2014 RJ
55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 14/10/2014 RJ

ODONTOLÓGICA LTDA
-CLM/RJ - 2579