

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

359312
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50184975		7-Data Validade da Série 11/11/2012	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0003700000016424533		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TECITALIA COMERCIO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome RODRIGO MAGNO DUARTE MARTINS F		16-Atendimento a RU LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		17-Atendimento a RU LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		18-Número no CRO 37184		19-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16171262147753		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	

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
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				25/02/12	
2-0	0181000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM		1	1	59,00				25/02/12	
3-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00				25/02/12	
4-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00				25/02/12	
5-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00				25/02/12	
6-0	0181400019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00				25/02/12	
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 25/02/12	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 11233,00	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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
25/02/12, RJ - 37184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
25/02/12, RJ - 37184

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
25/02/12, RJ - 37184

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
25/02/12, RJ - 37184