

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ºº



330561
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2/6/10 6/12/10 4-Data de Autorização 2/6/10 6/12/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50172801 7-Data Validade da Senha 2/4/10 9/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003799404060869078 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa W M V COMERCIO DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705406458183595

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome WILLIAM CALDAS PINHEIRO PINTO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WILLIAM CALDAS PINHEIRO PINTO 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Número no CRO 37184 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200093-15 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1616126247153 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

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 R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-10	10815200093	RETRATAMENTO	15	1	1	560,00	0,00	0,00	S	11/06/10	William
2-10	10815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	880,00	0,00	0,00	S	11/06/10	William
3-10	10812000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	730,00	0,00	0,00	S	11/06/10	William
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/10 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 721,00 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 06/10/10 06/10/10 06/10/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/10 06/10/10 06/10/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/10 06/10/10 06/10/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/10 06/10/10 06/10/10