

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



428355
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Data de Emissão da Guia 26/11/11 210
 3-Sentença AUTORIZADO
 4-Data de Autorização 26/11/11 210
 5-Plano POS REDE PRESTADORA
 6-Número da Guia Principal 50208752
 7-Data Validade da Senha 24/10/12 11
 8-Número da Carteira 010370001012116124611
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa SORVETERIA NELSON
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705807452826033
 13-Nome FERNANDO BORGES DOS SANTOS
 14-Telefone
 15-Nome do Titular do plano FERNANDO BORGES DOS SANTOS
 16-Atendimento a RN
 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 166726247753
 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- Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dentista/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-Dentista/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	000810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
2	000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
3	000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
4	000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
5	000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
6	000870000116	ATIVIDADE EDUCATIVA EM		1	1	59,00	0,00	0,00	S	03/12/20		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prescrição Término do Tratamento 03/12/20
 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-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial
 47-Valor Total R\$ 1231,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
 49-Observação
 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 referentes ao tratamento realizado, comprometo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA CRO-RJ - 37184
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Operador P. S. Taborda Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável FERNANDO BORGES DOS SANTOS C.M.I.R.O.
 53-Data, local e Assinatura da Empresa