

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

394286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/10	4-Data de Autorização 11/03/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198429	7-Data Validade de Senha 11/03/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número de Carteira 000379994065780512	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIOGO GOMES DA COS	11-Data Validade da Carteira 11/03/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898005801862163
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome VICTOR GOULART DE MELLO GOMES	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano DIOGO GOMES DA COSTA
--	--------------------	---

16-Atendimento a RU 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 06726247753	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-Oct	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória 42-Assinatura
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/02/10	
2-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			29/02/10	
3-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			29/02/10	
4-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			29/02/10	
5-01084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			29/02/10	
6-01087000016		ATIVIDADE EDUCATIVA EM			1	59,00	0,00			29/02/10	
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/02/10	44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 123,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 29/02/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/02/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/02/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 29/02/10
---	---	---	--