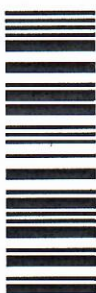


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



329399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2016	4-Data de Autorização 24/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50172328	7-Data Validade da Senha 22/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 103701000017261620		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa AQUAMARINE STUDIO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde 700007166696804	
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--	---------------------------------	--	--	--	--	--

13-Nome LEONORA BARRETO DA SILVA		26/03/1989		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LEONORA BARRETO DA SILVA	
-------------------------------------	--	------------	--	------------------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				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 66726247753				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										
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00			S	24/10/2016												
2-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00			S	24/10/2016												
3-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00			S	24/10/2016												
4-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00			S	24/10/2016												
5-0	0184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00			S	24/10/2016												
6-0																						
7-0																						
8-0																						
9-0																						
10-0																						
11-0																						
12-0																						
13-0																						
14-0																						
15-0																						

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2016	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 174,00	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

A. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184		B. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184		C. LUIS ALBERTO P. S. TABORDA Cirurgião Dentista CRO-RJ - 37184	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2016	54-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2016	55-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2016