



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

395684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198878	7-Data Validade da Senha 12/10/12
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0037999406509060511	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RAFAELA RODRIGUES	11-Data Validade da Carteira 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707800696574211
13-Nome ADALBERTO DA SILVA				
14-Telefone ()				
15-Nome do titular do plano RAFAELA RODRIGUES DA CONCEICAO				
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 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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição											
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		1	34,00	0,00			16/10/2012	
2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1		1	35,00	0,00			16/10/2012	
3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1		1	35,00	0,00			16/10/2012	
4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1		1	35,00	0,00			16/10/2012	
5-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1		1	35,00	0,00			16/10/2012	
6-0008700016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				1		1	59,00	0,00			16/10/2012	
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data de Revisão / Termo do Tratamento 16/10/2012	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 233,00	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(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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 16/10/2012	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 16/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 16/10/2012
---------------	---	---	---	--