

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

372663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 0 / 0 9 / 1 2 0	4-Data de Autorização 1 0 / 0 9 / 1 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190362	7-Data Validade da Senha 0 9 / 1 1 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 5 8 7 1 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA-BRASIL CONSTR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004659134352
---	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LAURA DE CARVALHO ARAGAO	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano GERALDO COSTA ARAGAO FILHO
-------------------------------------	------------------------	---

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 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 6 7 2 6 2 4 7 7 5 3	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-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3 4 1 0 0		0 0 0			
2-0 0 1 8 7 0 0 0 0 1 6	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				1	5 9 1 0 0		0 0 0			
3-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	3 5 1 0 0		0 0 0			
4-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	3 5 1 0 0		0 0 0			
5-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	3 5 1 0 0		0 0 0			
6-0 0 1 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	3 5 1 0 0		0 0 0			
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											

43-Data Realização Tratamento 1 0 / 0 9 / 1 2 0	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 1 2 3 1 0 0	47-Valor Total R\$ 1 0 1 0 0	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 em 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 Realização Tratamento 1 0 / 0 9 / 1 2 0	51-Data Realização Tratamento 1 0 / 0 9 / 1 2 0	52-Data Realização Tratamento 1 0 / 0 9 / 1 2 0	53-Data Realização Tratamento 1 0 / 0 9 / 1 2 0
--	--	--	--

Assinatura do Profissional Solicitante: *Luís Alberto P. de Sampaio Taborda*
Assinatura do Profissional Assistente: *Luís Alberto P. de Sampaio Taborda*
Assinatura do Profissional Contratado: *Luís Alberto P. de Sampaio Taborda*