



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

399734
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 1 8 / 1 0 1 / 1 2 1 1

6-Número da Guia Principal
50200212

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 10 / 1 1 0 1 / 12 0 1

3-Data de Emissão da Guia
12 10 / 1 1 0 1 / 12 0 1

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10 0 3 7 0 0 0 0 0 1 4 4 5 1 3 4 7 1 1 1

11-Data Validade da Carteira
1 1 / 1 1 / 1 1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
703208637572798

15-Nome do titular do plano
JOAQUIM RODOVALHO KNUTH MACHAD

14-Telefone
()

13-Nome
ROSEMARY DE QUEIROZ MACHADO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
16 16 1 2 6 2 4 7 7 5 3 1 1 1

22-Nome do Contratado Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

26-Nome do Profissional Executante
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

18-Número no CRO
37184

23-Número no CRO
37184

24-UF
RJ

25-Código CNES

27-Número no CRO
37184

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos e

55-Data, local e Assinatura do Profissional contratado que assina esse documento, os valores

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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 e

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.

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 e

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.

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 e

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.

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 e

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.

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 e

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.

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 e

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.

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 e

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.