

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

394284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/10 10:20	4-Data de Autorização 11/03/10 10:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198427	7-Data Validade da Senha 11/01/11 11:21
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1003719994065780520111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DIOGO GOMES DA COS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700402928972847
--	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome FABIANA GOULART DE MELLO GOMES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DIOGO GOMES DA COSTA
---	------------------------------	---

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 667216247753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

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

1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		25/10/20	
2-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	35,00	0,00	0,00		25/10/20	
3-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	35,00	0,00	0,00		25/10/20	
4-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	35,00	0,00	0,00		25/10/20	
5-000814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	35,00	0,00	0,00		25/10/20	
6-00081700016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM				1	59,00	0,00	0,00		25/10/20	
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/03/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/20	51-Data, Local e Assinatura do Profissional / Responsável 25/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/20
---	---	---