

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

317706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 05/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164447	7-Data Validade da Senha 12/08/10 05/12/10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 10037994064458692	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA-BRASIL CONSTR	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70830022214160
13-Nome GERALDO COSTA ARAGAO FILHO				
14-Telefone ()				
15-Nome do titular do plano GERALDO COSTA ARAGAO FILHO				
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 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1617126247153	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-00181000421	32-Descrição RX PERIAPICAL	33-DenierRegião RMID	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US 1400				
37-Valor 0,00				
38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00				
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 28/05/10				
43-Data Previsto Término do Tratamento 28/05/10				
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 14100				
46-Total Quantidade US 14100				
47-Valor Total R\$ 14100				
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 e referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores observados.				
49-Observação				
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/05/10 RJ - 37184				
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/05/10 RJ - 37184				
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/10 RJ - 37184				
53-Data, local e Assinatura da Empresa 28/05/10 RJ - 37184				