

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

515907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2014	4-Data de Autorização 07/10/2014	5-Senha AUTORIZADO
Dados do Beneficiário			
8-Número da Carteira 1010202527059801000101013	9-Plano POS REDE PRESTADORA		

10-Empresa TRANS ELEGANCE LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 0510711211
-----------------------------------	--	---

13-Nome MARIA EDUARDA CORREIA DE MOURA	14-Telefone (121) 648016454	15-Nome do titular do plano ERIKA CORREIA DOS SANTOS
---	--------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Data de Responsável pelo Tratamento 31/08/1998
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 166726247753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
---	---

26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	27-Número no CRO 37184	28-UF RJ
---	---------------------------	-------------

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									
2-00087000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM									
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/2014	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 93100	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 em 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 07/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2014
---	---	---

53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2014
