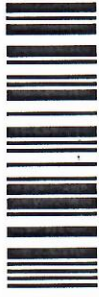




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



309605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2014	4-Data de Autorização 13/01/2014	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162305	7-Data Validade da Sentença 12/01/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa MARIA THEREZA PINH		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700204966110923	
8-Número de Carteira 1010317000000030004944211	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		15-Nome do titular do plano MARIA THEREZA PINHEIRO MASCARE	
13-Nome ARMANDO MASCARENHAS SERRA		14-Telefone () - - - - -			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	19-UF RJ	24-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 161672162147753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	25-Código CNES 37184	29-Código CBO S 37184
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184	28-UF RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição		35	1	1	73,00	0,00	0,00	30/04/2014		
1-00182000875		EXODONTIA SIMPLES DE										
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/01/2014	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 173,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), ocorreram 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 13/01/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/01/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/2014	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/01/2014
---------------	---	---	---	--

Dr. Luis Alberto P. S. Taborda
Cirurgião Dentista

Dr. Luis Alberto P. S. Taborda
Cirurgião Dentista