



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
06/10/2012

4-Data de Autorização
06/10/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50160750

7-Data Validade da Senha
05/10/2012

305264
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0037994062394336

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SICREDI RIO

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704101161223173

13-Nome
AMANDA FERREIRA DO NASCIMENTO

05/04/1990

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
CARLOS HENRIQUE FERREIRA

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 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
166726247753

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

23-Número no CRO
37184

24-UF
RJ

25-Código CNES

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

27-Número no CRO
37184

28-UF
RJ

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00		07/04/2012	0701	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00		07/04/2012		
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00		07/04/2012		
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00		07/04/2012		
5-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	0,00		07/04/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento
07/04/2012

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
174,00

47-Valor Total R\$
0,00

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(ram) 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, comprovando-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Assinatura do Paciente
Amanda Ferreira do Nascimento

Assinatura do Dentista
Carlos Henrique Ferreira

Assinatura do Beneficiário / Responsável
Carlos Henrique Ferreira

53-Data, local e Carimbo da Empresa
07/04/2012

54-Data, local e Carimbo da Empresa
07/04/2012

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/04/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/04/2012

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
07/04/2012

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/04/2012

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/04/2012

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
07/04/2012