

374720
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Dia de Emissão da Guia 11/4/10 9/12/10	4-Data de Autenticação 11/4/10 9/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50191112	7-Dia Validade da Guia 11/3/11 12/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

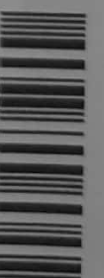
8-Nome do Cliente ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	9-Endereço POS REDE PRESTADORA	10-Endereço QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Dia Validade da Carteira ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	12-Endereço do Cartão Nacional de Saúde 708408730586156
--	-----------------------------------	--	--	--

13-Nome ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	14-Data de Nascimento 25/11/1956	15-Endereço do Cartão Nacional de Saúde ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA
16-Endereço e RN NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	17-Número no CRO 10035	18-UF CE
19-Endereço do Cartão Nacional de Saúde NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	20-Número no CRO 10035	21-UF CE
22-Nome do Profissional Especialista NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	24-UF CE
25-Nome do Profissional Especialista NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	26-Número no CRO 10035	27-UF CE

20-Item	21-Descrição	22-Quantidade	23-Valor	24-Valor	25-Franchising/Participação R\$	26-Valor	27-Data de Resgate	28-Valor da Guia	29-Valor da Guia
1-100	85100196 RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,100	0,100	0,100	0,100	0,100
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

30-Data de Emissão da Guia 11/4/10 9/12/10	31-Data de Autenticação 11/4/10 9/12/10	32-Data de Resgate 11/3/11 12/12/10
---	--	--

33-Data de Emissão da Guia 11/4/10 9/12/10	34-Data de Autenticação 11/4/10 9/12/10	35-Data de Resgate 11/3/11 12/12/10
---	--	--



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão do Guia 11/01/2019	3-Data de Autorização 11/01/2019	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 50190547	6-Data Validade da Série 10/01/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 1010371010101022273185	9-Primo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708408730586166
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA
16-Atendimento a RVN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Número no CRO 10035
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1015612817273169	22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	19-UF CE
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	23-Número no CRO 10035	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	27-Número no CRO 10035	24-UF CE
		25-Código CHES
		26-UF CE
		27-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Atividade
1-010118151101019161		RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,10,10	0,10,10			10/01/2019		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2020	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Oritadológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	------------------------------------	--------------------------------	---

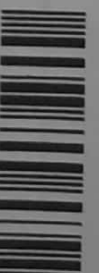
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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, comprometendo-me a arcar com os valores conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2019 Dr. Nayra E. C. Nobre	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2019 Dr. Nayra E. C. Nobre	52-Data, local e Assinatura do Autorizador / Responsável 11/01/2019 Dr. Nayra E. C. Nobre	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2019
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



373183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2019	4-Data de Autorização 11/01/2019	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190544	7-Data Validez da Santa 10/01/2020
8-Número da Carteira 101031700000222731185	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validez da Carteira 11/01/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708408730586166	
13-Nome ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	14-Teléfono ()	15-Endereço do Titular do plano ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17-Endereço do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	18-Endereço do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE
19-Código na Operação / CBO / CPE 105628727369	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	21-Código na Operação / CBO / CPE NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	22-Número no CRO 10035	23-Número no CRO 10035	24-Código CHES CE
25-Endereço do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE	26-UF CE	27-Número no CRO 10035	28-UF CE	29-Código CBO S	

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor
1-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00			11/01/2019		
2-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00			11/01/2019		
3-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00			11/01/2019		
4-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00			11/01/2019		
5-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
6-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
7-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
8-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
9-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
10-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
11-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
12-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
13-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
14-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											
15-101018513000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2019	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 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, foi(m) 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 Contratado-Donatário Solicitante 11/01/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2019	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/01/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2019
---	---	---	---