



353130
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 4-Data de Autorização 10/07/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50182400 7-Data Validade da Sentença 10/05/11

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100370000022137303 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira 10/07/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 89800466604776

13-Nome

JULIA SALGADO DE MORAIS NOGUEI

04/01/2012

14-Teléfono () - - - - -

15-Nome do titular do plano GUSTAVO DA SILVA NOGUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

18-Número no CRO 24440

19-UF RJ

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

100596288719

22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

23-Número no CRO 24440

24-UF RJ

25-Código CNES

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante

CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 24440

28-UF RJ

29-Código CBO S

(I) 85100200 (I) 85100200

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
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OM	1	8 8,00	0,00	0,00	10/09/2010		
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OM	1	8 8,00	0,00	0,00	10/09/2010		
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	16 1,00	0,00	0,00	10/09/2010		
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	16 1,00	0,00	0,00	10/09/2010		
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	16 1,00	0,00	0,00	10/09/2010		
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OM	1	8 8,00	0,00	0,00	10/09/2010		
7-1	1											
8-1	1											
9-1	1											
10-1	1											
11-1	1											
12-1	1											
13-1	1											
14-1	1											
15-1	1											

43-Data Provisão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial

46-Total Quantidade US 4 4 7,00

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

odonto prediati e

50-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Dado local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado local e Cartão da Empresa