



Tratando a vida com

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07	4-Data de Autorização 12/07/07	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7716893	7-Data Validade da Serina 11/8/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

341869
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202509784001031901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome ALEXANDRE ARAUJO COUTO	29/08/1979	14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano ALEXANDRE ARAUJO COUTO
-----------------------------------	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ISOS INSTITUTO DE SAUDE ORAL DO SIA	18-Número no CRO 11498	19-UF DF	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84646977168	22-Nome do Contratado Executante CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS	23-Número no CRO 11498	24-UF DF	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS	27-Número no CRO 11498	28-UF DF	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	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00					
2-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
3-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
4-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00					
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------