



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

534265
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 22/04/2011	4-Data de Autorização 22/04/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8522706	7-Data Validade da Senha 25/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510220300070601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JOSE LUIZ PIRES JUNIOR		14-Data 15/05/1984	14-Telefone (21) 31832151686	15-Nome do titular do plano JOSE LUIZ PIRES JUNIOR	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA		18-Número no CRO 43182	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57868832649		22-Nome do Contratado Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA	23-Número no CRO 43182	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA		27-Número no CRO 43182	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
1-00085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento 22/04/2011					
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 8800					
47-Valor Total R\$ 000					
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 e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/04/2011					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/2011					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Dra. Atâmis M. V. Aialto
Cirurgiã Dentista
CRO - 43182