



transfido para você sorrir

19/01/92

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

|                                           |                                           |                                     |                       |                                        |                                                               |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                  | 3-Data de Emissão da Guia<br>07/01/2012   | 4-Data de Autorização<br>07/01/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50141486 | 7-Data Validade da Senha<br>06/04/2012                        |
| 8-Número da Carteira<br>00371000020274181 | 10-Empresa<br>QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 |                                     |                       |                                        | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                      |
| 13-Nome<br>ALESSANDRO OLIVEIRA DOS SANTOS | 14-Telefone<br>(121) 980787744            |                                     |                       |                                        | 15-Nome do titular do plano<br>ALESSANDRO OLIVEIRA DOS SANTOS |

266858  
INTERCÂMBIO

|                                                             |                                                              |                           |             |                                                     |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JULIANA MACIEL SIERRA | 18-Número no CRO<br>32925 | 19-UF<br>RJ | 20-Código CBO S<br>801 -                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10620035781          | 22-Nome do Contratado Executante<br>JULIANA MACIEL SIERRA    | 23-Número no CRO<br>32925 | 24-UF<br>RJ | Faturar Empresa                                     |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>JULIANA MACIEL SIERRA | 26-Número no CRO<br>32925                                    | 27-UF<br>RJ               | 28-UF<br>RJ | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RPD |

| 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 Clsca 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1         | 00811000030               | CONSULTA ODONTOLÓGICA    |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 2         | 00815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HASE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 3         | 00815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HAIE            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 4         | 00815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HAID            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 5         | 00815300047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | HASD            | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 6         | 00811000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 7         | 00811000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 09/01/2012            |                                  |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                   |                    |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1206,00 | 47-Valor Total R\$ | 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/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<br>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/01/12 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/01/12 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|