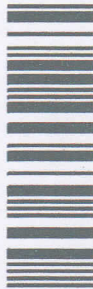




tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406337
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/2 01	4-Data de Autorização 12/7/11 01/2 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202037	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/12 11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010371010000221743901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703406007038500
13-Nome DEBORA CRISTINA MARIA VELHO	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade da Carteira 25/02/1972	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Nome do titular do plano DEBORA CRISTINA MARIA VELHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171561151126787111	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	27-Número no CRO 8683	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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Asinatura
1-01018110100003101	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34100		0,10,10		29/11/11	20
2-1010181531010004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36100		0,10,10		29/11/11	20
3-1010181531010004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36100		0,10,10		29/11/11	20
4-1010181531010004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36100		0,10,10		29/11/11	20
5-1010181531010004171	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36100		0,10,10		29/11/11	20
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/11/11	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 1178100	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 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 12/9/11 15/11/11 29 Paulo Vargao Tyade	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/11 15/11/11 29 Angela Chaves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/11 15/11/11 29 Angela Chaves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/9/11 15/11/11 29 Angela Chaves
--	---	---	---

Dra. Angela Maria Couto

Cirurgiã - Dentista