



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10	4-Data de Autocrépito 10/08/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 50175195	7-Data Validade da Semana 10/06/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------

336107
INTERCAMBIO

8-Numero da Carteira 10/03/70	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 708708127928295
----------------------------------	--------------------------------	---	--	--

13-Nome GUSTAVO SOARES DA CRUZ	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano GUSTAVO SOARES DA CRUZ
-----------------------------------	--------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA DO SOCORRO D'ARAÚJO BUERES	18-Numero no CRO 12908	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11811081901321210	22-Nome do Contratado Executante MARIA DO SOCORRO D'ARAÚJO BUERES	23-Numero no CRO 12908	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	--	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Solicitante MARIA DO SOCORRO D'ARAÚJO BUERES	27-Numero no CRO 12908	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válter	38-Franquia Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorr	42-Assinatura
1	00	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	17,00						
2	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00						
3	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00						
4	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00						
5	00	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00						
6	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	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	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 referências de tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-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
---------------	---	---	---	-------------------------------------