



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4



459873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Car de Emissão da Guia 21/1/01/1/211	4-Car de Autorização 21/1/01/1/211	5-Sistema AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8223159	7-Data Validade da Servu 21/1/01/1/211
--------------------------	---	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 010121012151019171814101110117151011	9-Fruto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/1/81	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 3131015171612181
--	--------------------------------	---	---	---

13-Nome ALEX ALVES DOS SANTOS	14-Teléfono 1205/1982	15-Data Validade do plano 12/05/1982	16-Data Validade da Carteira ALEX ALVES DOS SANTOS
----------------------------------	--------------------------	---	---

16-Atendimento a PR N	17-Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ	18-Número no CNO 137478	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 131916181614161118151011	22-Nome do Contratado Executante LARA SILVA MILANEZ	23-Número no CNO 137478	24-UF SP	25-Código CNES Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante LARA SILVA MILANEZ	27-Número no CNO 137478	28-UF SP	29-Código CBO S SP	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado		30-Tipo de Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Realizado	34-Fruto	35-Car	36-Quantidade US	37-Mat	38-Frango/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Mat	42-Data de Realização
1	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
2	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
3	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
4	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
5	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
6	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
7	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
8	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
9	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
10	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
11	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
12	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
13	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
14	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		
15	0	0	1	8	5	1	1	0	0	1	9	6		

43-Data Finalizado Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$ / Co-participação R\$
11/1/01/1/211	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Ciul 2-Parcial	118131010	101010	101010

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, (lscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(am) realizado(s) com meu consentimento e da 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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr. Alex Alves dos Santos	51-Ciul, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Principal Dr. Alex Alves dos Santos	52-Data Realizado e Assinatura do Profissional Responsável 21/1/01/1/211	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/1/01/1/211
--	--	---	---

CRO/SP 137478

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N



1- Registro ANS 406414		2- Data de emissão da Guia 11/14/10 11/21/11		3- Data de Autopagto 11/15/10 11/21/11		4- Situação AUTORIZADO		5- Emissão da Guia Principal 8196314		6- Data Validade da Segura 11/14/10 11/21/11		453899 INTERCAMBIO	
Dados do Beneficiário													
8- Número da Carteira 1010121012151019171814101011101117151011		9- Plano POS REDE PRESTADORA		10- Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11- Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11		12- Número do Contrato Nacional de Saúde					
13- Nome ALEX ALVES DOS SANTOS													
14- Telefone 1205/1982 (11 81) 331015171612181													
15- Nome do titular do plano ALEX ALVES DOS SANTOS													
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento													
16- Documento e RN N		17- Nome do Profissional Solicitante LARA SILVIA MILANEZ		18- Número rc CNPQ 137478		19- UF SP		20- Código CBO S 025 -		Faturar Empresa			
21- Código da Carteira (CNU) / CPF 13191818161416111815101111		22- Nome do Contratante Escriturário LARA SILVIA MILANEZ		23- Número rc CNPQ 137478		24- UF SP		25- Código CBO ES					
26- Nome do Profissional Escriturário LARA SILVIA MILANEZ		27- Número do CNPQ 137478		28- UF SP		29- Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													

30 - Item	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Operatório	34 - Sexo	35 - Cx	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Fatura/Co-participação R\$	39 - Aut.	40 - Data de Realização	41 - Médico ou Dente Responsável
1	010181	010165	CONSULTA ODONTOLÓGICA								
2	010184	010198	PROFILAXIA: POLIMENTO								
3	010184	010198	PROFILAXIA: POLIMENTO								
4	010184	010198	PROFILAXIA: POLIMENTO								
5	010184	010198	PROFILAXIA: POLIMENTO								
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42 - Data Final do Tratamento

43 - Tipo de Atendimento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Faturamento

46 - Total Quantidades US

47 - Valor Total R\$

48 - Total Fatura / Co-participação R\$

49 - Total Fatura / Co-participação R\$

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 4/15/10 11/21/2005 Manoel Milton
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 4/15/10 11/21/2005 Cirurgia Dentária
CRO/SP 137478

CRO/SP 137478

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

S3-Datn, local e Carimbo da Empresa