

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



338272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 7/12/0 4-Data de Autorização 11/3/10 7/12/0 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50176079 7-Data Validade da Sentença 11/1/10 1/2/0

8-Número da Carteira 10037000026167533 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 11/1/10 1/2/0 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004639370328

13-Nome MARINA BENCHIMOL LINES LESSA 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano RAFAEL LINES LESSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA 18-Número no CRO 8132 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14576038117618 22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 23-Número no CRO 8132 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA 27-Número no CRO 8132 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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia / Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Recusa	42- Assinatura
1-0	0	81000030				1	34,00					
2-0	0	84000090			1	17,20						
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-1-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 110610 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 11/3/10 7/12/0 Jucelene J. Cunha 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 7/12/0 Jucelene J. Cunha 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 7/12/0 Marina Lessa 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dra. Marlene Moreira Cunha
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132