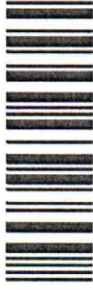




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11 11/12/01	4-Data de Autorização 10/05/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203962	7-Data Validade da Senha 10/03/10 12/1/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00037000002301697010	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30				
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004655972256				
13-Nome LEONARDO HENRIQUE DE SOUSA CHA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano ELAINE SILVA DE SOUSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Endereço a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA				
21-Código na Operadora / GNPJ / CPF 10711502143703	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA				
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 27455				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-000185300047	31-Código do Procedimento 1-000185300047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HASE	34-Faixa 1	35-Qtd 1
2-000185300047	31-Código do Procedimento 2-000185300047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HASD	34-Faixa 1	35-Qtd 1
3-000185300047	31-Código do Procedimento 3-000185300047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HAID	34-Faixa 1	35-Qtd 1
4-000185300047	31-Código do Procedimento 4-000185300047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HAIE	34-Faixa 1	35-Qtd 1
5-000181000065	31-Código do Procedimento 5-000181000065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
6-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
7-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
8-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
9-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
10-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
11-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
12-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
13-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
14-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
15-1	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11					
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 1178100					
47-Valor Total R\$ 10010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111					

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 11/11/11	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---