



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333318
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/2017	4-Data de Autorização 03/07/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7678971	7-Data Validade da Guia 03/07/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 03/07/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 01012012550978401018765011	9-Data 03/07/2017	13-Nome LAIS VALERIANO NUNES	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular no plano LAIS VALERIANO NUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRC 4992	19-UF DF	20-Código CBO 5 01	025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	23-Número no CRC 4992	24-UF DF	25-Código CHES		
21-Código da Operadora - CNPJ / CPF 061112620111010111		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRC 4992	28-UF DF	29-Código CBO 5
26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES						

30-Tatela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentodígito	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Prescrição	41-Motivo de Glorificação	42-Assinatura
1-010181010101615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/07/2017		LAIS
2-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
3-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
4-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
5-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
6-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIK		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
7-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIL		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
8-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJM		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
9-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJN		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
10-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJO		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
11-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJP		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
12-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJQ		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
13-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJR		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
14-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJS		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS
15-01018153010101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJT		1	36,00	0,00			03/07/2017		LAIS

43-Data Prevista Término do Tratamento 03/07/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchia / 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 contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folioform 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 Paciente / Responsável 03/07/2017	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 03/07/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/07/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------