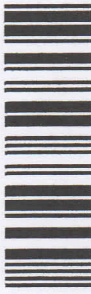




transfira-se para você aqui

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



390945
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS 406414 | 3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012 | 4-Data de Autorização 09/11/2012 | 5-Senha AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal 7938634 | 7-Data Validade da Senha 04/01/2012 |
|--------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--|

| | | | | | |
|-----------------------|--|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8-Número da Carteira 00202510220300244202 | 9-Plano POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE | 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--|
| 13-Name ANA CRISTINA FERNANDES | 14-Teléfono 19/04/1967 | 15-Nome do titular do plano ALCINDO FERNANDES |
|-----------------------------------|---------------------------|--|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | | |
|--|---|--------------------------|-------------|-----------------|---------------------------------|
| 16-Atendimento a RN N | 17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA | 18-Número no CRO 8683 | 19-UF RJ | 20-Código CBO S | 025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171516115112161787 | 22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA | 23-Número no CRO 8683 | 24-UF RJ | 25-Código CNES | Enviar - RX (IF) 85400556-24 |
| 26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA | | 27-Número no CRO 8683 | 28-UF RJ | 29-Código CBO S | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |
|------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00108110000301 | | CONSULTA ODONTOLÓGICA | 1 | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | 13/10/20 | X |
| 2-0010854000561 | | RESTAURAÇÃO METÁLICA | 24 | | 1 | 472,00 | 0,00 | | | 13/10/20 | X |
| 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, Revisão 13/11/19/09 | 44-Tipo de Tratamento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US 506,00 | 47-Valor Total R\$ 10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00 |
|---------------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|--|

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/19/09 X Angela Uchida
e autco Vargas Tejada

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/19/09 X Angela Uchida
e autco Vargas Tejada

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/19/09 X Angela Uchida
e autco Vargas Tejada

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/19/09 X Angela Uchida
e autco Vargas Tejada