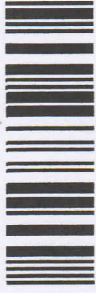


Permitido para uso exclusivo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



390366
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
04/01/2012

6-Número da Guia Principal
50197098

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
06/11/2012

3-Data de Emissão da Guia
06/11/2012

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira 00373195101750015	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 04/01/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004616613291
---	---	--	--

13-Nome MARY CELY COELHO E SILVA DE PA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE EVANGELISTA DE PAIVA
---	------------------------------	--

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 801 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1751611511216787	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
---	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	27-Número no CRO 8683	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	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
1-010181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASE	1	1	1	34,00	0,00	0,00	15/11/2012		
2-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/2012		
3-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/2012		
4-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/2012		
5-0101815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	15/11/2012		
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/2012	44-Tipo de Atendimento 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 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2012 Angela Chaves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/2012 Angela Chaves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/2012 Mary Lely	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/2012
---	---	---	---