



420996  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/11/2012 | 4-Data de Autorização<br>24/11/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8061711 | 7-Data Validade da Senha<br>15/10/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                                       |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202510220300172801 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>QUALICORP ADMINISTRADORA DE             | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LUIS CLOVIS LIMA VIANA            | 14-Telefone<br>(21) 0000-0000  | 15-Nome do titular do plano<br>LUIS CLOVIS LIMA VIANA |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                   |                                                                    |                           |                 |                 |                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO | 18-Número no CRO<br>24649 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO 8 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>07339630724                | 22-Nome do Contratado Executante<br>NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO    | 23-Número no CRO<br>24649 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNEB  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NOEMI MARTUCCI DIAS TOSATTO | 27-Número no CRO<br>24649                                          | 28-UF<br>RJ               | 29-Código CBO 8 |                 |                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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 | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 26/11/2012            |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 26/11/2012            |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 26/11/2012            |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 26/11/2012            |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 26/11/2012            |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>26/11/2012 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / 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), 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<br>26/11/2012 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>26/11/2012 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/11/2012 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>26/11/2012 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Noemi M. Dias Tosatto  
Cirurgiã Dentista  
Especialista  
CRM RJ 24649