

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 355173	7-Data Validade da Senha 09/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510220300397001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PATRICIA CRISTINA MARTINS DE LIMA MENDES		14-Telefone 18/01/1980	15-Nome do titular do plano PATRICIA CRISTINA MARTINS DE LIMA MENDES
---	--	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA BORGES PINHEIRO	18-Número no CRO 32943	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10208688722	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO	23-Número no CRO 32943	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA BORGES PINHEIRO		27-Número no CRO 32943	28-UF RJ	29-Código CBO S

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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		N	11/10/2012		
2-	0085100056	CURATIVO DE DEMORA EM	24		1	8,00	0,00		N	11/10/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2012	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 42,00	47-Valor Total R\$ 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 no 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 081011980 059.066.234-M	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012 Roberta B. Pinheiro Cirurgiã Dentista CRO: 32943	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 11/10/2012 Patricia C. M. Mendes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012 Rua Dias da Cruz, 720 Rio de Janeiro - RJ
--	---	--	---	--