

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



286387
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	4-Data de Autorização 12/06/2013	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7399619	7-Data Validade da Senha 11/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 101020212511117811000071104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (1951) 355312300		15-Nome do titular do plano ITALO CHAVES DE AGUIAR BARBOSA	
13-Nome FRANCISCO CLAUDINO BERGMANN AGUIAR					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 584		19-UF RR	20-Código CBO S 025 -
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSANGELA APARECIDA DINIZ MEDEIROS	23-Número no CRO 584		24-UF RR	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1071264540871111	22-Nome do Contratado Executante ROSANGELA APARECIDA DINIZ MEDEIROS	27-Número no CRO 584		28-UF RR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ROSANGELA APARECIDA DINIZ MEDEIROS					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição												
1-0001851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6	1	0	0	0	0	0	0	1/1/04	20
2-0001851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6	1	0	0	0	0	0	0	1/1/04	20
3-0001851001961	CONDICIONAMENTO EM	1	1	7	0	1	0	0	0	0	0	0	1/1/04	20
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia/Co-participação R\$
	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	11912100	000000	000000

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 responsável 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, o 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 13/06/2013 19h Rosângela Diniz Medeiros		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 13/06/2013 19h Rosângela Diniz Medeiros	
		Ortodontia - CRO/RR 584 email: rodiniz_2@hotmail.com		Ortodontia - CRO/RR 584 email: rodiniz_2@hotmail.com	

BOA VISITA
CEP
14730000-001001001