

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

433393

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210555	7-Data Validade da Sineta 03/10/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705801455751438
8-Número da Carteira 00373195008915018	4-Data de Autorização 03/11/2012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Data Validade do plano 11/11/11
13-Nome ROSEMERI WESTPHAL DE AZEREDO	17/01/1970	16-Atendimento a RN N	18-Número no CRO 22644	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA BATISTA FERES	22-Nome do Contratado Exequente ANDREA BATISTA FERES	23-Nome do Profissional Exequente ANDREA BATISTA FERES	24-UF RJ	25-Código CNES	26-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-Moivo de Gase 42-Assinatura
1-0001811000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	47,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	[Assinatura]
2-000185300047	2	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	75,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	[Assinatura]
3-000185300047	3	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	75,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	[Assinatura]
4-000185300047	4	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	75,00	0,00	0,00	0,00	03/11/2012	[Assinatura]
5-000185300047	5	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-000185300047	6	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-000185300047	7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-000185300047	8	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-000185300047	9	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-000185300047	10	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-000185300047	11	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-000185300047	12	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-000185300047	13	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-000185300047	14	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-000185300047	15	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/21/12/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quilômetro US 347,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 10/21/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/21/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/21/12/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------