

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



415795
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/1111/2101	4-Data de Autorização 11/01/1111/2101	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205064	7-Data Validação da Guia 10/08/1012/1211
8-Número da Carteira 0103770000002222652104	9-Pipno POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano IRENE MORAIS CARNEIRO	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708902719395414
13-Nome IZABEL CRISTINA MORAIS FERNAND	23/07/1966	18-Número no CRO 31802	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -	
16-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	22-Número no CRO 31802	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18214362747210	22-Nome do Contratado Especialista DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	27-Número no CRO 31802	28-UF RJ	29-Código CBO S	

26-Nome do Profissional Especialista DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA	30-Tabela 1-00810000615	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Regio 1	34-Face 1	35-Clid 134,00	36-Quantidade US 10,00	37-Valor 10,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 15,00	39-Valor 15,00	40-Data de Realização 11/01/11	41-Motivo da Class 42-Assinatura x
---	----------------------------	---------------------------------------	---------------------	--------------	-------------------	---------------------------	-------------------	--	-------------------	-----------------------------------	--

1-00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	134,00	10,00	10,00	15,00	15,00	11/01/11	x
2-00810000615										
3-00810000615										
4-00810000615										
5-00810000615										
6-00810000615										
7-00810000615										
8-00810000615										
9-00810000615										
10-00810000615										
11-00810000615										
12-00810000615										
13-00810000615										
14-00810000615										
15-00810000615										

43-Data Paciente Terminado Tratamento 11/01/11	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 Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) acima e por mim assinado(s), foi(ram) 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 11/01/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11	52-Data local e Assinatura do Paciente/Responsável 11/01/11	53-Data local e Assinatura da Empresa 11/01/11
--	--	--	---