

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



405108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 7996450 7-Data Validade da Senha 12/14/11 8-Data Validade da Senha 12/14/11

8-Número da Contadora 10-02-02-51-01-02-20-30-01-98-30-2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome RENILDA GUIMARAES 14-Teléfono 12/03/1959 15-Nome do Titular do plano LUIZ FERNANDO GUIMARAES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JOSUE CALEBE NOGUEIRA 18-Número no CRO 33898 19-UF RJ 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 75015381297721 22-Nome do Contratado Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA 23-Número no CRO 33898 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JOSUE CALEBE NOGUEIRA 27-Número no CRO 33898 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- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação RS	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,10	0	0,10	0	11/11/11	4014	11/11/11
2-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,10	0	0,10	0	11/11/11	4014	11/11/11
3-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,10	0	0,10	0	11/11/11	4014	11/11/11
4-0	0185301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,10	0	0,10	0	11/11/11	4014	11/11/11
5-0	018100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,10	0	0,10	0	11/11/11	4014	11/11/11
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Pagamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total RS 48-Franquia Co-participação RS

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, compreendendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente a agir com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s) 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.

19-Declarado

50-Data Assinatura do Assistente Dentista Solicitante 26/11/11 51-Data Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 52-Data local e Assinatura do Operador 11/11/11 53-Data local e Assinatura da Empresa 11/11/11

Assinatura de JOSUE CALEBE NOGUEIRA, Cirurgião Dentista, CRO RJ 33898, Grupo de Dentista, Interfacing para você sorrir.