

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

321988
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 06/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165520	7-Data Validade da Senha 10/06/10 19/12/01
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/08/2005	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706402378067690
8-Número da Carteira 1010317101010000213031851461	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAYANE MESQUITA CARDONA	
13-Nome RAYANE MESQUITA CARDONA	16-Adendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CRO 27455	19-UF RJ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 801 -	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101711510124317103111	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	27-Número no CRO 27455	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-UF RJ	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
---	--	--------------------------	--	---	---------------------------	-------------	----------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-UF	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
1-010184100001191811		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35110101	011010101	011010101	S	20/11/2010	
2-010184100001191811		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35110101	011010101	011010101	S	20/11/2010	
3-010184100001191811		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35110101	011010101	011010101	S	20/11/2010	
4-010184100001191811		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35110101	011010101	011010101	S	20/11/2010	
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1141010101	47-Valor Total R\$ 1111111111	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fo(ri)m realizado(s), fo(ri)m autorizado(s) a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------	---	---	---	---