



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

336203
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	5-Data de Emissão da Guia 01/08/10 17:12:01	4-Data de Autorização 01/08/10 17:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7691198	7-Data Validade da Senha 01/08/11 01:21:01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 010202025091784001881701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 01/08/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA		14-Telefone (11) 51776-41848	15-Nome do titular do plano KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR		18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO B 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809		22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (0) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136		28-UF SP	29-Código CBO B		

30-Tabela	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	010810100421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			01/07/10		Khyer
2	010810100615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/07/10		Khyer
3	01081301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/07/10		Khyer
4	01081301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/07/10		Khyer
5	01081301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/07/10		Khyer
6	01081301047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/07/10		Khyer
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 01/08/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 192,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), 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 01/07/10 Khyer	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/07/10 Khyer	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/07/10 Khyer	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------