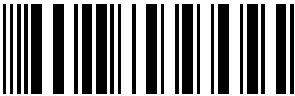


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



378292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7884778	7-Data Validade da Senha 1 7 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 2 0 3 0 0 0 5 9 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA SIMONE DE JESUS DOS REIS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KATIA SIMONE DE JESUS DOS REIS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante COD	18-Número no CRO 30669	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 5 4 6 0 5 2 8 7 8 0	22-Nome do Contratado Executante RENATA MAYHE RAUNHEITTI RAMOS MOREIRA	23-Número no CRO 30669	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RENATA MAYHE RAUNHEITTI RAMOS MOREIRA		27-Número no CRO 30669	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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 4 0 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1		7 8 0 0		0 0		S	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0	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/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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--