



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

331691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06/20	4-Data de Autorização 07/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7671872	7-Data Validade da Senha 28/09/20
--------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202509784001881601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome JOCIMAR ALVES DE MACEDO		14-Data 06/08/1987		15-Nome do titular do plano JOCIMAR ALVES DE MACEDO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante YEDA ALMEIDA RODRIGUES	18-Número no CRO 4992	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081128201100		22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		23-Número no CRO 4992	24-UF DF	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES		27-Número no CRO 4992	28-UF DF	29-Código CBO S
--	--	--------------------------	-------------	-----------------

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-	00811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			08/07/20		
2-	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/07/20		
3-	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/07/20		
4-	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/07/20		
5-	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/07/20	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 178,00	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/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 08/07/20 Yeda Almeida Rodrigues Cirurgião - Dentista CRO-DF 4992	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 08/07/20 Yeda Almeida Rodrigues Cirurgião - Dentista CRO-DF 4992	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20 Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------