

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Registro ANS 106414		3-Data de Emissão do Guia 04/05/21		4-Data de Autorização 06/05/21		5-Sigla AUTORIZADO		8-Número da Guia Principal 8549432		7-Data Validade da Senha 02/08/21		541304 INTERCÂMBIO	
1-Nome do Beneficiário 0020202510220300070601				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
2-Nome JOSE LUIZ PIRES JUNIOR				15/05/1984		14-Telefone (21) 3832-5686		15-Nome do Titular do plano JOSE LUIZ PIRES JUNIOR					
16-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento													
1-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA				18-Número no CRO 43182		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
3-Código na Operadora / CNPJ / CPF 57868832649				22-Nome do Contratado Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA				23-Número no CRO 43182		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ATAMIS MARIA VELOSO MALTA													
				27-Número no CRO 43182		28-UF RJ		29-Código CBO S					

[illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontológico 4- Implanção/Emenda	1-Total 2-Parcial	1 2 2 0 0	0 0 0	

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.

Observação: *Atalho de 12 meses* *+ 2000 reais por mês*

1- Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante <i>03/05/21</i>	2- Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>03/05/21</i>	3- Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>03/05/21</i>	4- Data, Local e Carimbo da Empresa []/[]/[]/[]
--	--	--	--

Dr. Atsômis M. V. Maite
Cirurgiã Dentista
CRO - 43192