OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

390482
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número do Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/10/20		PENDENTE DE LIBERAÇÃO	390482	04/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510220301301707	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP ADMINISTRADORA DE		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
VINICIUS COSTA ALMEIDA 27/10/1983	(21) 2416-3824	VINICIUS COSTA ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02858441723	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

Plano do Tratamento / Procedimento Solicitado

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-Nome de Guia	42-Assinatura
1- 00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		N	06/10/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento	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-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34	00,00	

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, a 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
06/10/20	06/10/20	06/10/2020	06/10/2020

Drª Cristiane de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 33729