OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 290186
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 18/02/20	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 290186	7-Data Validade da Senha: 18/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020251020206501	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: VINICIUS LANDO FORNI 02/09/1977		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: VINICIUS LANDO FORNI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	18-Número no CRO: 32922	19-UF: RJ	20-Código CBO S: 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10598221727	22-Nome do Contratado Executante: JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA	23-Número no CRO: 32922	24-UF: RJ	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: JOAO FELIPE LOURENCO MIRANDA		27-Número no CRO: 32922	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	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		N	18/02/20		
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: 61,00	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 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: 18/02/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/02/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/02/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/02/20