

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

412302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2011	4-Data de Autorização 09/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025358	7-Data Validade da Senha 03/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020215102203002065001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---

13-Nome
MARCELO FRESTEIRO DIAS FERREIRA

18/11/1979

15-Nome do titular do plano
MARCELO FRESTEIRO DIAS FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1145133385788	22-Nome do Contratado Exequente JULIANA COSTA DA SILVA
--	--

26-Nome do Profissional Exequente JULIANA COSTA DA SILVA
--

18-Número no CRO 41376	19-UF RJ	20-Código CBO S	25-Código CNES
23-Número no CRO 41376	24-UF RJ	26-Código CBO S	
27-Número no CRO 41376	28-UF RJ		

025 -
Faturar Empresa

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	010811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				09/11/2011	
2	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00				09/11/2011	
3	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00				09/11/2011	
4	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00				09/11/2011	
5	01084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00				09/11/2011	
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 09/11/2011 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 09/11/2011 Juliana C. da Silva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2011 Juliana C. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2011 Juliana C. da Silva
---	---	---	---

Dra. Juliana Costa
CBO: 41376