



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

375417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

11/05/2019 12:01

4-Data de Autorização

11/05/2019 12:01

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

50191364

7-Data Validade da Senha

11/04/2019 12:01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

100379994059837443

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade de Carteira

11/01/2019

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

701100024610110

13-Nome

OSMAR DA SILVA JUNIOR

14-Telefone

27/10/1979

15-Nome do titular do plano

OSMAR DA SILVA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA

18-Número no CRO

37184

19-UF

RJ

20-Código CBO S

24-UF

RJ

25-Código CNES

26-UF

RJ

27-Número no CRO

37184

28-UF

RJ

29-Código CBO S

37184

30-UF

RJ

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 de Glosa

42-Assinatura

43-Data Previsão Término Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

63-Tipo de Faturamento

64-Tipo de Faturamento

65-Tipo de Faturamento

66-Tipo de Faturamento

67-Tipo de Faturamento

68-Tipo de Faturamento

69-Tipo de Faturamento

70-Tipo de Faturamento

71-Tipo de Faturamento

72-Tipo de Faturamento

73-Tipo de Faturamento

74-Tipo de Faturamento

75-Tipo de Faturamento

76-Tipo de Faturamento

77-Tipo de Faturamento

78-Tipo de Faturamento

79-Tipo de Faturamento

80-Tipo de Faturamento

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

Dr. Luis Alberto P. S. Taborda

Cirurgião Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/05/2019

Dr. Luis Alberto P. S. Taborda

Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2019

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2019

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2019

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2019

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2019