



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

371509
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2019	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 371509	7-Data Validade da Senha 07/12/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0037000022236271	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701001877918590								
13-Nome ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES	18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791	22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	08/10/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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 34,00		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 / /												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2019												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 08/10/2019												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												