

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



337308

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2018	4-Data de Autorização 24/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7696477	7-Data Validade da Senha 08/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010120250978400118817011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA		14-Telefone (11) 5571614848	15-Nome do titular do plano KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 044507511809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000421-RPSE	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0081000421	31-Código do Procedimento RX PERIAPICAL	32-Descrição RPSE	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1
36-Quantidade US 14,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 24/10/2018	41-Motivo da Glosa K
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 14,00					
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 24/10/2018		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2018		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2018	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	