OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 370327
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 04/09/20
4-Data de Autorização: 16/09/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7849754
7-Data Validade da Senha: 03/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025102203004189 02
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: QUALICORP ADMINISTRADORA DE
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JOVELINA DE SOUZA CONCEICAO 23/09/1971
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: HENRIQUE TITO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
18-Número no CRO: 31802
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 824362747200
22-Nome do Contratado Executante: DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
23-Número no CRO: 31802
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: DULCINEIA SARTI BARROS BAPTISTA
27-Número no CRO: 31802
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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	17/09/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	17/09/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	17/09/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	17/09/20		
5										S	17/09/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 17/09/20
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: 144,00
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 Executante: 17/09/20 Dulcineia S. B. Baptista Dentista CRO RJ 31802
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 17/09/20 Dulcineia S. B. Baptista Dentista CRO RJ 31802
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 17/09/20 Jovelina S. Conceição
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 17/09/20

IDPRO - INST. DES. PESQ. e REAB. ORAL LTDA