OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 491599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 04/03/21
4-Data de Autorização: 09/03/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8358265
7-Data Validade da Senha: 02/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205102203008480 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: QUALICORP ADMINISTRADORA DE
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MARCELE AUGUSTA DA SILVA MOREIRA DA COST 25/12/1981
14-Telefone: ( ) 000-0000
15-Nome do titular do plano: MARCO AURELIO GUERREIRO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: PAULA ROSA SANTOS DA SILVA
18-Número no CRO: 41983
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 11650321716
22-Nome do Contratado Executante: PAULA ROSA SANTOS DA SILVA
23-Número no CRO: 41983
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: PAULA ROSA SANTOS DA SILVA
27-Número no CRO: 41983
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (IF) 85200166-35
(I) 85100218
(I) 85100218

Dados do 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		00810300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	0,00	S N	09/03/2021		
2		00851002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DPI	1	122	00	0,00	S N	09/03/2021		
3		00851002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VMP	1	122	00	0,00	S N	09/03/2021		
4		00851002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	38	LOM	1	122	00	0,00	S N	09/03/2021		
5		00852001 66	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258	00	0,00	S N	09/03/2021		
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: 658,00
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: 09/03/21 Paula Rosa Santos da Silva
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/03/21 Paula R. Santos da Silva
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/03/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 09/03/21 ...ÓGICO PAULA ROSA LTDA