

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

346160
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 7/12 01	4-Data de Autorização 13/1/07 12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7737522	7-Data Validade da Senha 25/11/10 12 01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número de Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira	11-Data Validade da Carteira		
0 0 2 0 2 5 0 9 7 8 4 0 0 1 8 8 9 2 0 1	__/__/__		
9-Plano		10-Empresa	
POS REDE PRESTADORA		QUALICORP ADMINISTRADORA DE	
13-Nome		14-Telefone	
ROGERIO SCABIM MORANO		() - - - - -	
15-Nome do titular do plano		16-Data de Nascimento	
ROGERIO SCABIM MORANO		02/04/1974	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KARINA PRADO CACIANO	18-Número no CRO 121219	19-Uf SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1316252193879		23-Número no CRO 121219	24-Uf SP
22-Nome do Contratado Executante KARINA PRADO CACIANO		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante KARINA PRADO CACIANO		27-Número no CRO 121219	28-Uf SP
		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					
1-0	0	18	5	1	0	1	9	6									
RESTAURAÇÃO RESINA																	
2-			37	O	1	6	1	0	0								
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
43-Data Provisão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantizado US			47-Valor Total R\$			48-Total Franquia / Co-participação R\$		
						1-Total 2-Parcial						61000			0000		

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 previstos em contrato.

48-Observação						
56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa			
13/11/2017 11:20 [Assinatura]	13/11/2017 11:20 [Assinatura]	13/11/2017 11:20 [Assinatura]	11/11/11			