

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

47599

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306483
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2014	4-Data de Autorização 15/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161211	7-Data Validade da Senha 14/10/2014
Dados do Beneficiário			11-Data Validade da Carteira		
8-Número da Carteira 00370000015025716	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704605101795625		
13-Nome FLAVIO CARLOS DOS SANTOS			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano FLAVIO CARLOS DOS SANTOS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante TOMO X CLINICA DE RADIOLOGIA DE BONSUCESSO LTDA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01250478782			18-Número no CRO 19769	19-UF RJ	20-Código CBO S 09
22-Nome do Contratado Executante LILIAN FREIHA			23-Número no CRO 19769	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LILIAN FREIHA			27-Número no CRO 19769	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

30-Tabella	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-	0081000294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00			17/10/2014		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/14	44-Tipo de Atendimento ☒ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Forma de Faturamento ☒ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 222,00	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 17/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------

[Assinatura]

encaminhado em 18/05/2014
ao 11:03