

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/11 10:12:01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50202323

7-Data Validade da Senha
12/01/11 12:11

8-Número da Carteira
1003700000010693168

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
704608132610921

13-Nome
WALTER TEIXEIRA FILHO

14-Telefone
(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano
WALTER TEIXEIRA FILHO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MARILENE MOREIRA CUNHA

18-Número no CRO
8132

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1457603811768

22-Nome do Contratado Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

23-Número no CRO
8132

24-UF
RJ

25-Código CNES
Enviar - RX
(I) 81000421-

26-Nome do Profissional Executante
MARILENE MOREIRA CUNHA

27-Número no CRO
8132

28-UF
RJ

29-Código CBO S
(I) 85100200

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

1-00181000421RX PERIAPICAL

2-0018100200RESTAURAÇÃO RESINA

3-0018100200

4-0018100200

5-0018100200

6-0018100200

7-0018100200

8-0018100200

9-0018100200

10-0018100200

11-0018100200

12-0018100200

13-0018100200

14-0018100200

15-0018100200

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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.