

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

312244
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sentença
09/10/08 12:01

16-Número da Guia Principal
50162907

5-Sentença
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/10/05 12:01

3-Data de Emissão da Guia
11/10/05 12:01

1-Registro ANS
406414

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
11/10/05 12:01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
700603939868662

13-Nome
VINICIUS MONTEIRO OLIVEIRA DE

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
SIMONE MONTEIRO OLIVEIRA DE SO

18-Número no CRO
27455

19-UF
RJ

20-Código CBO S
801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
107115102437031111

22-Nome do Contratado Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

23-Número no CRO
27455

24-UF
RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
RODRIGO CARVALHO DA SILVA

27-Número no CRO
27455

28-UF
RJ

29-Código CBO S

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
1-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	161100	0110010	0110010	S	12/11/05	Dr. Rodrigo Carvalho
2-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	161100	0110010	0110010	S	12/11/05	Dr. Rodrigo Carvalho
3-111111111111											
4-111111111111											
5-111111111111											
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/10/05 12:01

44-Tipo de Atendimento
1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
112211010

47-Valor Total R\$
0110101

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0110101

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), 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
11/10/05 12:01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
11/10/05 12:01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
11/10/05 12:01

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/10/05 12:01