

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

536634
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2014		4-Data de Autorização 12/09/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8532616		7-Data Validade da Senha 12/07/2017		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 010120215101210230100848031		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira		15-Nome do titular do plano MARCO AURELIO GUERREIRO DA COSTA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante PAULA ROSA SANTOS DA SILVA	
13-Nome WESLEY MOREIRA DE FREITAS		14-Telefone ()		18-Número no CRO 41983		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111650321716		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	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-000181010000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		34		00		37-Valor	
2-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36		00		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36		00		39-Aut	
4-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36		00		40-Data de Realização	
5-000181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		26		1		53		00		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6-0001815200011581		TRATAMENTO ENDODÔNTICO											
7-0001815200011581													
8-0001815200011581													
9-0001815200011581													
10-0001815200011581													
11-0001815200011581													
12-0001815200011581													
13-0001815200011581													
14-0001815200011581													
15-0001815200011581													
43-Data Previsto 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\$			
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		711100		0000		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 conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

12/09/2014 Paula K. b. da Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/09/2014 Wesley Moreira da Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/09/2014 Marco Aurélio Guerreiro da Costa

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/09/2014