



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

266862
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
0 6 / 0 4 / 2 0

6-Número da Guia Principal
50141492

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
0 8 / 0 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 7 / 0 1 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 3 7 0 0 0 0 2 2 2 7 4 2 0 3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP CRC VENCIMENTO 30

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
898004616919609

13-Nome
VIVIANE RIBEIRO PEREIRA DOS SA

07/01/1981

14-Teléfono
ALESSANDRO OLIVEIRA DOS SANTOS

15-Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JULIANA MACIEL SIERRA

18-Número no CRO
32925

19-UF
RJ

20-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
JULIANA MACIEL SIERRA

23-Número no CRO
32925

24-UF
RJ

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 81000375-RPE (I) 81000375-RME

26-Nome do Profissional Executante

JULIANA MACIEL SIERRA

27-Número no CRO
32925

28-UF
RJ

29-Código CBO S

(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RMD

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/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
1-01018110010030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00		0,00		03/03/20	
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00		0,00		03/03/20	
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00		0,00		03/03/20	
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00		0,00		03/03/20	
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00		0,00		03/03/20	
6-01018110010375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE	1	1	14,00		0,00		03/03/20	
7-01018110010375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD	1	1	14,00		0,00		03/03/20	
8-01018110010375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	14,00		0,00		03/03/20	
9-01018110010375		RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	14,00		0,00		03/03/20	
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	234,00	0,00	0,00

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa