



Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

502734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 8 / 0 3 / 2 1		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8399907		7-Data Validade da Senha 1 6 / 0 6 / 2 1			
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1 0 / 2 0 / 2 5 1 0 2 2 0 3 0 0 2 9 0 9 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILVIA DE SOUSA GONCALVES		14-Telefone (2 1) 2 5 9 5 1 2 6 2 3		15-Nome do titular do plano SILVIA DE SOUSA GONCALVES		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		18-Número no CRO 49467	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 1 2 8 5 4 1 7 2 9		22-Nome do Contratado Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		23-Número no CRO 49467		24-UF RJ		25-Código CNES		26-UF RJ	
26-Nome do Profissional Executante KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA		27-Número no CRO 49467		28-UF RJ		29-Código CBO S		30-Código CBO S		31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		18 OV		1 8 8 0 0 0		0 0 0 0		37-Valor	
2-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		28 OV		1 8 8 0 0 0		0 0 0 0		38-Franquia/Co-participação R\$	
3-0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA		45 OV		1 8 8 0 0 0		0 0 0 0		39-Aut	
4- / / / / / / / / / /										40-Data de Realização	
5- / / / / / / / / / /										41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
6- / / / / / / / / / /											
7- / / / / / / / / / /											
8- / / / / / / / / / /											
9- / / / / / / / / / /											
10- / / / / / / / / / /											
11- / / / / / / / / / /											
12- / / / / / / / / / /											
13- / / / / / / / / / /											
14- / / / / / / / / / /											
15- / / / / / / / / / /											
43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / / /		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 2 6 4 0 0		47-Valor Total R\$ / / / / / /		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), 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
20/03/2021 Karinne P. Alves Lima

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
20/03/2021 Karinne P. Alves Lima

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
20/03/2021 Silvia de Sousa Gonçalves

53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/03/2021 Qualicorp

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
20/03/2021 Karinne P. Alves Lima