

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização _ / _ / _	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 384859	7-Data Validade da Senha 2 7 / 1 2 / 2 0	384859 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE		11-Data Validade da Carteira _ / _ / _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 2 2 0 3 0 0 2 6 5 0 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 05/10/1982		14-Telefone (_ _) _ 8 _ 6 _ 5 _ 9 _ 6 _ 0 _ 0 _ 3 _	

13-Nome ELAINE PAPALIA FERREIRA		15-Nome do titular do plano MARCELO FRESTEIRO DIAS FERREIRA	
------------------------------------	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA COSTA DA SILVA		18-Número no CRO 41376		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 -	
---	--	--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 5 3 3 3 8 5 7 8 8		22-Nome do Contratado Executante JULIANA COSTA DA SILVA		23-Número no CRO 41376		24-UF RJ		25-Código CNES	
--	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA		27-Número no CRO 41376		28-UF RJ		29-Código CBO S	
--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

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
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00		28/09/2018	
2-											
3-											
4-											
5-											
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 _ _ _ 3 4 _ 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ 0 _ 0 0	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), 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 28/09/2018 Juliana C. da Silva	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 28/09/2018 Juliana C. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/2018	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2018
---	---	---	---

Dra. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CBO: 41376