

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



338278
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/2015	4-Data de Autorização 13/07/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176081	7-Data Validade da Série 11/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000026167533	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004639370328
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARILENE BENCHIMOL LINES LESSA	06/01/2015	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL LINES LESSA
---	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA	18-Número no CRO 8132	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	---	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1457603811768	22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	23-Número no CRO 8132	24-UF RJ	25-Código CINES
--	--	--------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA	27-Número no CRO 8132	28-UF RJ	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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	0	8300089	EXODONTIA SIMPLES DE	81	1	73,00	10,00	10,00	5	13/07/2015		
2-												
3-1												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Termino 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 73,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 13/07/2015 Juceliange Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/2015 Juceliange Cunha	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/2015 Rafael Lines Lessa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Dr. Marlene Moreira
ORTODONTIA E ODONTOPEDIATRIA
CRO/RJ 8132