

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



375719

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/09/20		4-Data de Autorização 16/09/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50191500		7-Data Validade da Senha 14/12/20		375719 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00370000018098676						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709206231682532	
13-Nome SIMONE DIAS PEREIRA						14-Telefone 04/08/1970		15-Nome do titular do plano ROGERIO CONRADO VASCONCELOS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES				18-Número no CRO 16546		19-UF RJ		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791				22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		23-Número no CRO 16546		24-UF RJ		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES						27-Número no CRO 16546		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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	06/10/20			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	06/10/20			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	06/10/20			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	06/10/20			
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 144,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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 / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /				52-Data, local e Assinatura do beneficiário Responsável / /				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	