



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/09/2019

4-Data de Autorização
13/11/2019

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7914727

7-Data Validade da Senha
12/08/2020

385324
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202510220300265002

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade de Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELAINE PAPALIA FERREIRA

14-Telefone
05/10/1982

15-Nome do titular do plano
MARCELO FRESTREIRO DIAS FERREIRA

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
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
141513385788

22-Nome do Contratado Excusante
JULIANA COSTA DA SILVA

23-Número no CRO
41376

24-UF
RJ

25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excusante
JULIANA COSTA DA SILVA

27-Número no CRO
41376

28-UF
RJ

29-Código CBO S

30-Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

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

1-00081000421 RX PERIAPICAL

2-00081000196 RESTAURAÇÃO RESINA

3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Quantidade US

49-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 Cópia da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista