

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386009

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195863	7-Data Validade da Senha 2 8 / 1 2 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 2 2 3 6 2 7 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701001877918590	
13-Nome ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO		14-Telefone 20/01/1958 () -	15-Nome do titular do plano ANA LUCIA VANNIVEL TRAJANO		
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 Enviar - RX (IF) 82000212-36
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 8 4 3 5 7 4 5 2 7 9 1	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-	0 0 8 2 0 0 0 2 1 2	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	36		1	1 8 1 0 0	0,00		S	20/10/20		
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 1 8 1 0 0	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 20/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 20/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--