

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



434161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 03/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210779	7-Data Validade da Senha 03/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00379994064270243	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700501516328957
13-Nome EDUARDO CUPERTINO LEAO 21/11/1989		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDUARDO CUPERTINO LEAO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LIVIA VIEIRA SILVA PESSOA	18-Número no CRO 45837	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16043011719	22-Nome do Contratado Executante LIVIA VIEIRA SILVA PESSOA	23-Número no CRO 45837	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LIVIA VIEIRA SILVA PESSOA		27-Número no CRO 45837	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S			
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			
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 178,00		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 _/_/__/__
--	--	--	--