

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316846

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 2 8 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164184	7-Data Validade da Senha 2 4 / 0 8 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 3 1 9 5 0 0 7 5 8 0 0 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704304563504798	
13-Nome MARIO JULIO ORTIZ			14-Telefone 06/03/1959 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIO JULIO ORTIZ	

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 (F) 85200158-26
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		

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 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	5 3 3 0 0	0,00			22/06/20			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
16-													
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 5 3 3 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 22/06/2020 Eliane Lopes Guimarães	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/2020 Eliane Lopes Guimarães	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/2020 Mario Julio Ortiz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /