



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

gênio ANS
6414

3-Data de Emissão da Guia
05/03/21

4-Data de Autorização
09/03/21

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8360989

7-Data Validade da Sentença
03/06/21

492368
INTERCÂMBIO

10-Empresa
QUALICORP ADMINISTRADORA DE

11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Data Validade da Carteira
14-1-telefone
(121) 32786203

15-Nome do titular do plano
MICHELLE XAVIER SOARES

16-06/2010

17-Nome do Profissional Solicitante
ATELIE CHAVES DO SORRISO

18-Número no CRO
35735

19-UF
RJ

20-Código CBO S.
06

21-025 -
Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
PRISCILA CHAVES MOREIRA

23-Número no CRO
35735

24-UF
RJ

25-Código CINES

26-Número no CRO
35735

27-UF
RJ

28-Código CBO S.

31-Código do Procedimento
0081000030

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
HASD

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3400

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
26/03/21

41-Motivo da Glisa 42-Asanatura
15

31-Código do Procedimento
0081000030

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HASE

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3500

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
26/03/21

41-Motivo da Glisa 42-Asanatura
15

31-Código do Procedimento
0081000030

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HAIE

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3500

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
26/03/21

41-Motivo da Glisa 42-Asanatura
15

31-Código do Procedimento
0081000030

32-Descrição
PROFILAXIA: POLIMENTO

33-Dente/Região
HAID

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
3500

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
26/03/21

41-Motivo da Glisa 42-Asanatura
15

31-Código do Procedimento
0081000090

32-Descrição
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

33-Dente/Região

34-Face

35-Qtd
1

36-Quantidade US
7200

37-Valor
0000

38-Franquia/Co-participação R\$
0000

39-Aut
S

40-Data de Realização
26/03/21

41-Motivo da Glisa 42-Asanatura
15

43-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

44-Previsão Término do Tratamento
45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
24600

47-Valor Total R\$
0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
26/03/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
26/03/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/03/21

53-Data, local e Assinatura da Empresa
26/03/21

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em
rentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em
rentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.