



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

351308
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2018	4-Data de Autorização 10/05/2018	5-Sinistro AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50181635	7-Data Validade da Sinistro 10/12/2018					
Dados do Beneficiário										
8-Número da Carteira 00037000000010693168	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/2018	12-Número do Contrato Na 7046081326109					
13-Nome WALTER TEIXEIRA FILHO										
14-Telefone (11) 1111-1111										
15-Nome do titular do plano WALTER TEIXEIRA FILHO										
16-Atendimento a RN N										
17-Nome do Profissional Solicitante MARILENE MOREIRA CUNHA										
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145760381768										
22-Nome do Contratado Executante MARILENE MOREIRA CUNHA										
26-Nome do Profissional Executante MARILENE MOREIRA CUNHA										
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										
30-Tabella	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
1-0018110000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	1	11/11/18
2-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/18
3-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/18
4-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/18
5-0018153000047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	11/11/18
6-0018153000047										
7-0018153000047										
8-0018153000047										
9-0018153000047										
10-0018153000047										
11-0018153000047										
12-0018153000047										
13-0018153000047										
14-0018153000047										
15-0018153000047										
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/18						44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	

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 contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/04/2018, João Paulo de Almeida	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/04/2018, João Paulo de Almeida	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/04/2018, Walter Teixeira Filho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/18
--	--	--	---