

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

309086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/04 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50162150	7-Data Validade da Senha 12/07/07 11:20
--------------------------	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000000312108401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70060393986862
13-Nome VINICIUS MONTEIRO OLIVEIRA DE	26/02/1994	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano SIMONE MONTEIRO OLIVEIRA DE SO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	18-Número no CBO 27455	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07150243703	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA	23-Número no CRO 27455	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO CARVALHO DA SILVA		27-Número no CRO 27455	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
1-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
2-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
3-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
4-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
5-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
6-000008510001916		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	16,110,00	0,110,00	0,110,00	S	04/00	x 100%
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 36,160,00	47-Valor Total R\$ 0,110,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,110,00
--	--	---	-------------------------------------	--------------------------------	---

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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Dados para Assinatura do Contratado-Donatário 12/08/04 11:20	51-Dados para Assinatura do Contratado-Dentista 12/08/04 11:20	52-Dados para Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/04 11:20 x Camil	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/11/11
--	---	--	--