

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



305720
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2014	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 305720	7-Data Validade da Sentença 10/07/2017
--------------------------	---	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---

8-Número da Carteira 003700000032202159	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SARMANTO COMERCIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cadastro Nacional de Saúde 702803105980664
13-Nome CARLO ANTONELLI DE ANDRADE	26/12/1975	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do Plano TAMINE FERREIRA HISHINUMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092243711736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
25-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438
18-Número no CRO 30438	19-UF RJ
23-Número no CRO 30438	24-UF RJ
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-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00	08/04/2011	
2-00	85200034	TRATAMENTO EM	36		1	8,00	0,00	08/04/2011	
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									

43-Data Previsto 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 42,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

paciente do exaturo 36 -> 702803105980664

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/04/2011 Dr. Daniel Pinheiro CRO-RJ 30438	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/04/2011 [Assinatura]	53-Data, local e Endereço da Empresa 08/04/2011
---	--	---	--