

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

305901
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
0 8 / 1 0 7 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
50160981

5-Senha
CONCLUÍDO

4-Data de Autorização
0 9 / 1 0 4 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
0 9 / 1 0 4 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 2 9 0 0 9 7 5
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde
701801288368270

13-Nome
MARCEL FRANCISCO DE ALMEIDA
14-Telefone
15-Nome do titular do plano
MARCEL FRANCISCO DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF
0 9 1 2 1 2 4 3 7 1 7 3 6
22-Nome do Contratado Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

26-Nome do Profissional Executante
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

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
1-0 1 0 1 8 1 1 0 0 0 0 5 7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 1 0 0				0 9 / 1 0 4 / 1 2 0	S 0 9 / 1 0 4 / 1 2 0
2-0 1 0 1 8 2 1 0 0 1 0 3 0		INCISÃO E DRENAGEM INTRA-	27		1	8 1 0 0				0 9 / 1 0 4 / 1 2 0	S 0 9 / 1 0 4 / 1 2 0
3-											
4-											
5-											
6-											
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-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
4 1 2 1 0 0

47-Valor Total R\$

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.

Assinatura do paciente: *Assinatura*

Dr. Daniel Roldi Vieira Pinheiro

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
0 9 / 1 0 4 / 1 2 0
CRO RJ 30438

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

0 9 / 1 0 4 / 1 2 0
Assinatura

53-Data, local e Carimbo da Empresa