



Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



313373
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2015	4-Data de Autorização 11/04/2015	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 313373	7-Data Validade da Senha 12/10/18
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00037000000010593015	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPUERJ	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006215122100
13-Nome JORGE HESSE LE?O	12/05/1950	14-Telefone () - - - - -	15-Data Validade da Carteira ANA MARIA MACHADO LE?O	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 30438	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09121243717136	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 30438	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
1-0018100000517	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	32								11/04/2015	
2-0013070	CONTENCAO (ESPLINTAGEM)									11/04/2015	
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 48100	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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.

49-Observação

FRANQUIA DE ESPLINTAGEM -> ESPLINTAGEM

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/2015
---	---	---	---