

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/2010 4-Dia de Autorização 11/01/2010 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 323273 7-Dia Válido da Sentença 10/08/2019 12/01/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010317199405895256 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALIVIDA COMAER 11-Dia Válido da Carteira 11/01/2010 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 70020447095524

13-Nome

JEANE COELHO SOUZA DE VASCONCE 04/05/1966 14-Telefone (11) 11111111 15-Nome do titular do plano JEANE COELHO SOUZA DE VASCONCE

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 01912124371736 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação RS	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00			10/08/2019		
2-00	85200034	TRATAMENTO EM	14	1	1	8,00	0,00			10/08/2019		
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-Dia Provisão Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 41-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 142,00 47-Valor Total RS 10,00 48-Total Franchise Co-participação RS

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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(ram) 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-Operatório

Supria no 14 - Pulverizadora + Orientação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/2019 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista D. Daniel Roldi Vieira Pinheiro 10/08/2019 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2019 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 10/08/2019

323273
INTERCAMBIO