

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306514
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
11/04/2017

6-Número da Guia Principal
50161233

5-Senha
CONCLUÍDO

4-Data de Autorização
15/04/2017

3-Data de Emissão da Guia
15/04/2017

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0037999406121061915

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

ADRIANA MOREIRA 83

11-Data Validade da Carteira

11/04/2017

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

898004792303313

13-Nome

ADRIANA MOREIRA

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

ADRIANA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

18-Número no CRO

30438

19-UF

RJ

20-Código CBO S

801 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / ONPJ / CPF

09121243717136

22-Nome do Contratado Executante

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

23-Número no CRO

30438

24-UF

RJ

25-Nome do Profissional Executante

DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO

26-Número no CRO

30438

27-UF

RJ

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1-0081000057

CONSULTA ODONTOLÓGICA DE

TRATAMENTO EM

37

3-UF

4-UF

5-UF

6-UF

7-UF

8-UF

9-UF

10-UF

11-UF

12-UF

13-UF

14-UF

15-UF

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-Absolutura

43-Data

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Data

50-Data

51-Data

52-Data

53-Data

54-Data

55-Data

56-Data

57-Data

58-Data

59-Data

60-Data

61-Data

62-Data

63-Data

64-Data

65-Data

66-Data

67-Data

68-Data

69-Data

70-Data

71-Data

72-Data

73-Data

74-Data

75-Data

76-Data

77-Data

78-Data

79-Data

80-Data

81-Data

82-Data

83-Data

84-Data

85-Data

86-Data

87-Data

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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 + cópia

Assinatura do Profissional Responsável