



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313370
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/04/2015		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 313370		7-Data Validade da Sema 12/10/2015	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 003700000031508316		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa IGREJA INTERNACION		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708905754820617	
13-Nome TIAGO DUARTE ALVES PERES									
14-Telefone () - - - - -									
15-Nome do titular do plano TIAGO DUARTE ALVES PERES									
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 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092243717316		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	
1-00811000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34100		35-Aut	
2-00815200034		TRATAMENTO EM		16		800		40-Data de Realização	
3-								14/05/2015	
4-								14/05/2015	
5-									
6-									
7-									
8-									
9-								14.451.018/0001-14	
10-								ODONTO BARRA SERVIÇOS	
11-								ODONTOLOGICOS LTDA	
12-								Av. das Américas, 297/308	
13-								Barra da Tijuca - CEP 22631-000	
14-								Rio de Janeiro - RJ	
15-									
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		4121001		1010101	
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.

49-Observação FUTIRE -> PUCADIA		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/05/2015		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/05/2015		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/05/2015		53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/05/2015	
------------------------------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--