

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-ANº



308492
 INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012		4-Data de AutORIZAÇÃO / /		5-Situação PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 308492		7-Data Validade de Soma 12/3/07/12/01		
8-Número de Contador 0037000024009060		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa 01 ADMINISTRAÇÃO		11-Data Venc. de Contador / /		12-Número do Contrato Nacional de Saúde 70601992741262				
13-Nome ERICA SUELI DOS SANTOS LOPES		14-Telefone 0203/1988		15-Nome do titular do plano ERICA SUELI DOS SANTOS LOPES								
Dados de Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RVN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Número no CBO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 -												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092243717361 22-Nome do Contratado Expectante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CBO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excedente DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Número no CBO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO S												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Emissão/Região	34-Preço	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3400	0,00			24/04/2012		X
2-00	8520034	TRATAMENTO EM		1	1	800	0,00			24/04/2012		X
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-Data Previsto Término do Tratamento 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 Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, escolheu e autorizou a execução do tratamento, compreendendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Operação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Caimbo da Empresa												