



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/2012 4-Data de Autorização 11/01/2012 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 399912 7-Dia Validade da Semeta 18/01/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010370000031680731 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SILVANA D SILVEIRINHA CORREA 11-Dia Validade da Carteira 12/03/1968 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Averciamento 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 09124371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 8520085-37 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/Figado	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	010181010101571	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00			12/01/2012		
2	01018152010101851	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	37	1	1	50,00	0,00			12/01/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	84,00									

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

TRATAMENTO DE CURSIVO -> CURSIVO

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Carimbo da Empresa