

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2ªª

324639
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 324639	7-Data Validade da Senha 13/09/2012
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa 01 ADMINISTRACAO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702007873325289
8-Número da Carteira 003700000141863670	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Nome PEDRO HENRIQUE COSTA DE OLIVEI		14-Teléfono () - - - - -	
15-Data de Nascimento 08/09/1997		16-Data de Emissão da Guia 15/10/2012			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 30438		19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09122437171316	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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-Assinatura
1-00181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	HASD	1	1	34,00	0,00	0,00	15/06/2012		
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	15/06/2012		
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	15/06/2012		
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	15/06/2012		
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Prevista Término do Tratamento 15/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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), total/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-Observações Pneodontik -> Raspagem + Ortopedia	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 15/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012
--	---	--	---