



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão do Guia 10/05/2020 4-Dia de Autenticação 11/05/2020 5-Sineta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 310702 7-Dia Validade do Guia 10/03/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1003799994061920840 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Endereço OG/IG SEGURANCAE V 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700005971263603
13-Nome PATRICIA DA SILVA GOUART 14-Telefone 01041977 15-Nome do titular do plano PATRICIA DA SILVA GOUART

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Fim DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Nº não no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO 801-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1091214371736 22-Nome do Contratado Ex-Atendente DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 1091214371736
26-Nome do Profissional Ex-Atendente DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Nº não no CRO 30438 28-UF RJ 29-Código CBO 30438

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Limite/Região	34-Fase	35-2nd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Tranquilizante Participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Cessão	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE				3400	10,00			05/05/2020		
2-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	14			800	10,00			05/05/2020		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Tipo de Faturamento	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Faturamento	50-Tipo de Faturamento	51-Tipo de Faturamento	52-Tipo de Faturamento	53-Tipo de Faturamento	54-Tipo de Faturamento	55-Tipo de Faturamento
11/05/2020	1-Atendimento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial	1-Total 2-Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Exatidão de peso e altura e documentação

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 54-Dia, local e Assinatura da Empresa

Dr. Daniel Pinheiro
Cirurgião-Dentista
CRO RJ 00438

310702
INTERCAMBIO