



1-Região ANS 40614
3-Data de Emissão da Guia 11/04/20
4-Data de Autorização 11/04/20
5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal 306350
7-Data Validade da Senha 11/03/20

306350
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100379994064064064064087
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa AUTO ESCOLA REAL L
11-Data Validade da Carteira 11/11/11
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700503959362358

13-Nome MAITE BUSCARONS DA SILVA
31/05/1985
14-Teléfono () - - - - -
15-Nome do titular do plano MAITE BUSCARONS DA SILVA

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 109224371736
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	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			14/04/20		
2-00	8520034	TRATAMENTO EM	27		1	8,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Valor Total R\$	49-Valor Total R\$	50-Valor Total R\$	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa	54-Data, local e Assinatura do Profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato	55-Data, local e Assinatura do Profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

prolact + prolactinoma

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato

55-Data, local e Assinatura do Profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.