

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 3/12/0 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Seria PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Numero da Guia Principal 296620 7-Data Validade da Seria 10/03/10 6/12/0

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 01031731471441035008 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa WARNER CHAPPEL 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Numero de Cartão Nacional de Saúde 700507159101057

13-Nome SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA 15/09/1959 14-Telefone (11) 30438 15-Nome do titular do plano SILVIA ELENA VALLADAO CAPISTRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 18-Numero no CRO 30438 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1092243171736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Numero no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85200085-17 26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 27-Numero 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/C-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0	081001057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00			05/03/2011		
2-0	085200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	17	1	1	50,00	0,00			05/03/2011		
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 11/11/11 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 84,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Beneficiário: *Silvia Elena Valladao Capistrá* (Ex Diga) Assinatura do Profissional: *Daniel Roldi Vieira Pinheiro*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/10 3/12/0 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/10 3/12/0 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/03/2011 53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/03/2011

296620
 INTERCÂMBIO