

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



321500
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 16/12/10	4-Data de Autorização 11/11/11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 321500	7-Data Validade da Senha 10/15/10 19/11/20
--------------------------	--	---	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10103171919406210706210	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FREIRE DE OLARIA R	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707605277644098
13-Nome THAIS BASTOS MARQUES	13-Data 08/06/1992	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCIA MENDES BASTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avencimento 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 10922437117136111	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-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00181101000517	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE	1	1	1	1	34,00	0,00	0,00	11/07/10	11/07/10		
2-00181521000341	TRATAMENTO EM	25	1	1	1	8,00	0,00	0,00	11/07/10	11/07/10		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 42,00	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) 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

Fuê pte no 25 - Pulperstomia + orientações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/1201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/06/1201
---	---	---	---