

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

305897
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 50160977	7-Data Validade da Senha 08/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 | 0 | 3 | 7 | 9 | 9 | 9 | 4 | 0 | 6 | 2 | 0 | 4 | 8 | 5 | 7 | 8 |

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
IGREJA INTERNACION

11>Data Validade da Carteira
| / | / |
| / | / |

12-Número do Cartão N
700004520874

13- Nome	14- Telefone	15- Nome do titular do plano
CARLOS ALBERTO BRAGA DA COSTA	() - - - - -	CARLOS ALBERTO BRAGA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF
	DANIEL ROQUE ALVES DE OLIVEIRA	00420	DF
			20-Código CBO S
			801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Faturar Empresa
0.0.0.0.4.7.1.7.2.6.	DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		RJ		Enviar - RX
		30436			

[illegible][illegible][illegible][illegible]

4

[illegible][illegible][illegible]

10 11 12 13 14 14.25

[illegible][illegible][illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
00/00/00	4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	4 1-Total 2-Parcial	00042000	00000000

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 referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4. QUESTA DO CREATIVO → CREATIVO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:  Daniel de Almeida Cirurgião - Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável:  Daniel de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

[illegible]