



na qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



335565
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10/17/12/01	5-Sineta CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50174977	7-Data Validade da Sineta 05/11/01/12/01
--------------------------	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010371010000212127058151111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702809619261562
--	--------------------------------	---	--	--

13-Nome TANIA REGINA PEREIRA DA COSTA	14-Teléfono (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano MANOEL JESUS DA COSTA
--	--------------------------------	--

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 0191212143171173611111	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 30438	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
---	--	---------------------------	-------------	--

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 Glosa 42-Assinatura
1-010181100000571		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			07/10/12	
2-010181510002181		RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDM	1	12,00	0,00			07/10/12	
3-1111111111111111											
4-1111111111111111											
5-1111111111111111											
6-1111111111111111											
7-1111111111111111											
8-1111111111111111											
9-1111111111111111											
10-1111111111111111											
11-1111111111111111											
12-1111111111111111											
13-1111111111111111											
14-1111111111111111											
15-1111111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1156,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
---	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 07/10/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário-Responsável 07/10/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/12
---------------	--	--	---	---