



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

305116
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	4-Data de Autorização 0 2 / 0 4 / 2 0	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 50160701	7-Data Validade da Senha 0 1 / 0 7 / 2 0
--------------------------	--	----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		9-Piano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional	
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 1 5 8 5 3 2 6 0		POS REDE PRESTADORA		CLAUDIO PETER BECKER JUNIOR		_/_/_/_/_/_/_/_		_/_/_/_/_/_/_/_	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDIO PETER BECKER JUNIOR	()	CLAUDIO PETER BECKER JUNIOR
07/01/1970		

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
18-Número no CRO	30438	19-UF	RJ	20-Código CBO S
801 -				

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	23-Número no CRC 30438	24-UF RJ	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	30438	RJ	

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

12 | _____

[illegible][illegible][illegible]

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 referenciado no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

PROCESSO $\rightarrow$ VISÃO + DESEMPENHO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Cirurgião - Dentista CROR 30488	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>[Assinatura]</i> 02/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/2019
---	--	---	--	---

100