



2-Nº

313368
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Dia de Emissão da Guia	14/10/15
4-Dia de Autorização	11/11/11
5-Senha	PENDENTE DE LIBERAÇÃO
6-Número da Guia Principal	313368
7-Data Validade da Senha	12/10/18

8-Número da Carteira 0 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 1 3 9 8 0 6 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ESTACONAMENTO 80		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704807568094642	
13-Nome JOSEFA RODRIGUES DE OLIVEIRA		14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano ALEXANDRE BARBOSA LIVIO		16-Data de Nascimento 27/03/1960		17-Data de Emissão 27/03/1960	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante		18-Número no CRO		19-UF		20-Código CBO S	
N		DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		30438		RJ			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Executante		23-Número no CRO		24-UF		25-Código CNES	
10 9 2 2 4 3 7 1 7 3 6		DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		30438		RJ			
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S			
DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO		30438		RJ					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/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	
1-00	810000157	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00		0,00		11/11/2012	X	
2-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	44		1	8,00		0,00		11/11/2012	X	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-								14.451,01		11/11/2012		
11-								ODONTOBARRASERVICOS				
12-								ODONTOLÓGICOS LTDA				
13-								Av. Lda de Ateid Hasl 297/308				
14-								Barralva Juueta H CEP 20631-000				
15-								Rio de Janeiro - RJ				
43-Data Previsto Término do Tratamento							44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento		46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
							1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		42,00	14.451,01	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11	11/11/11	11/11/11	11/11/11