

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



394210
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 394210 7-Data Validade da Senha 11/11/2011

394210
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101037010101021103568101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ELETROFUSO COMERCIAL 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306748744270 13-Nome TEREZA BEATRIZ DA ROSA MIGUEL 14-Teléfono (11) 11111111 15-Nome do titular do plano JOSE CARLOS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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 1091214371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código ONES Enviar - RX (1) 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/Fregião	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE										
2- 0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	1 2 2 1 0 0	0,10			11/11/2011		
3- 0 0												
4- 0 0												
5- 0 0												
6- 0 0												
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												
43- Data Previsto Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1 5 6 1 0 1 0	10,10								

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

TRATAMENTO RESTAURAÇÃO -> RESTAURAÇÃO

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