



308825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 4-Data de Autorização 11/1/11 5-Seria PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 308825 7-Data Validez da Seria 12/6/10 8-Data Validez da Seria 12/10/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000022259506 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30 11-Data Validade da Carteira 11/1/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708002821365020

13-Nome MAURICIO MAIA GOMES DA SILVA 14-Telefone (11) 30438 15-Nome do Titular do Plano MAURICIO MAIA GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES 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-Cat	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	8100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00				12/04/20		
2-00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	24	1	1	8,00				12/04/20		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 142,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa