

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

288717
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2012 04 4-Data de Autorização 11/04/2012 04 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 288717 7-Data Validade da Sentença 11/04/2015 12/04

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000370000011013870 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa IBBCA CRP 25760 11-Data Validade da Carteira 11/04/2015 12/04 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704204790183284

13-Nome

FELIPE SAID BACELAR 24/09/1988 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ELDA REGINA DA SILVA BACELAR

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 09224371736 22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO 23-Número no CRO 30438 24-UF RJ 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85200085-36 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	000181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			11/02/2012		
2-	000185200085	REST TEMP TRAT EXPECTANTE	36		1	50,00	0,00			11/02/2012		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/04/2012 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 84,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

aviso de custo - custo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2012 Dr. Daniel Pinheiro Cirurgião-Dentista CRO RJ 30438 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2012 x 53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/02/2012