

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/10 6/12 01	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 328644	7-Data Validade da Senha 12/1/10 9/12 01	328644 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	----------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 01037994064439201	9-Plano POS REDE PRESTADORA
13-Nome JAIRO ALEXANDRE AZEVEDO BARBOS	18/02/1975
15-Nome do titular do plano JAIRO ALEXANDRE AZEVEDO BARBOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09224371736	22-Nome do Contratado Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO
26-Nome do Profissional Executante DANIEL ROLDI VIEIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 30438
28-UF RJ	29-Código CBO S 30438

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-001811000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	314,00				12/13/10 6/12 01	
2-00182000816		EXODONTIA A RETALHO	46		1	73,00				12/13/10 6/12 01	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/1/11 1/1/11	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 1107,00	47-Valor Total RS 1010,01	48-Total Franquia / Co-participação RS 110,01
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

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
Odontologia e Exodontia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/13/10 6/12 01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/13/10 6/12 01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/13/10 6/12 01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/1/11 1/1/11
---	---	---	---