

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



391431
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 08/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7940255	7-Data Validade da Senha 05/10/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025188011001307601	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PREMIER IT GLOBAL SERVICES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CALIANE SOUZA CALIMAN					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano CALIANE SOUZA CALIMAN					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	18-Número no CRO 9574	19-UF BA	20-Código CBO S	2025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01744152508	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	23-Número no CRO 9574	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0018100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	3400	0100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$	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), 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 09/10/2012, Jurema, Jurema Jurema	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012, Jurema, Jurema	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012, Jurema, Jurema
--	---	---

CRO BA: 19222