

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



305442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 7 / 0 4 / 2 0 1	4-Data de Autorização _ / _ / _	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 305442	7-Data Validade da Sentença 0 6 / 0 7 / 2 0 1
---------------------------------	--	------------------------------------	--	---	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES		11-Data Validade da Carteira _ / _ / _		12-Número do Cartão Nacional de Saúde _	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 9 9 8 3 6 0 0 0 3 6 7 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome SAMERSON NASCIMENTO MONTEIRO DA SILVA		14-Telefone (_) _ _ _ _	

15-Nome do titular do plano SAMERSON NASCIMENTO MONTEIRO DA SILVA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JEFERSON FERNANDO MARTINS		18-Número no CRO 3297		19-UF AL		20-Código CBO S 025 -	
---	--	---------------------------------	--	---	--	---------------------------------	--	--------------------	--	---------------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9 2 3 4 0 2 6 1 8 7 2 _ _ _		22-Nome do Contratado Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS		23-Número no CRO 3297		24-UF AL		25-Código CNES 3297	
26-Nome do Profissional Executante JEFERSON FERNANDO MARTINS		27-Número no CRO 3297		28-UF AL		29-Código CBO S 3297		30-Código CBO S 3297	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	46		1	3 4 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0		11/07/2014	[Assinatura]
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 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 _ _ _ 3 4 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ 0 0 0	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(ram) 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

Assano elen. 46, feito acordo. Pac. já em uso de antib.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _ / _ / _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/7/2014 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/04/2014 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
--	---	--	--

*Dr. Jefferson Fernando Martins
CROIAL - 3924*