

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



430465
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/11 11/20		4-Data de Autorização 08/11/12 12/01		5-Semha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8101152		7-Data Validade da Semha 12/18/10 12/12/11		430465 INTERCÂMBIO											
8-Número da Carteira 00202522597600006502				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número de Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome PATRICIA BOMFIM SILVA PINTO				13-Data 07/10/1986				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano RUBEM DE SOUZA PINTO											
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				18-Número no CRO 19222				19-UF BA				20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1062222669506				22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				23-Número no CRO 19222				24-UF BA				25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS				27-Número no CRO 19222				28-UF BA				29-Código CBO S											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
30-Tabella 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Régio 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor														0,00		16		11		08/12/2010		Assinatura	
1-0018511001916 RESTAURAÇÃO RESINA																							
2-1																							
3-1																							
4-1																							
5-1																							
6-1																							
7-1																							
8-1																							
9-1																							
10-1																							
11-1																							
12-1																							
13-1																							
14-1																							
15-1																							
43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento														45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
08/11/12 12/01														1		161100		0100					

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 08/11/12 12/01 Aline Monteiro CRO BA: 19222		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/12 12/01 Aline Monteiro CRO BA: 19222		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/12 12/01 Rubem de Souza Pinto CRO BA: 19222		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--