

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 1 / 2 4		4-Data de Autorização 1 2 / 0 1 / 2 4		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 12019166		7-Data Validade da Senha 0 4 / 0 4 / 2 4		1732214 INTERCÂMBIO																	
8-Número de Carteira 0 0 2 0 2 5 3 0 6 7 0 0 0 4 1 4 8 0 1				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS				11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome FERNANDO SILVA BARBOSA				14-Telefone () / / / / /				15-Nome do titular do plano FERNANDO SILVA BARBOSA																					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL		18-Número no CRO 5635		19-UF BA		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 0 7 8 7 8 8 5 0 0 0 1 7 5		22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA VIVIANE REIS LTDA		23-Número no CRO 5635		24-UF BA		25-Código CNES 3479978		26-Nome do Profissional Executante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL		27-Número no CRO 5635		28-UF BA		29-Código CBO S		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	
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 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA		34		V		1		16		1 0 0 0		0 1 0 0		12/01/2024		S		12/01/2024		f							
2-																													
3-																													
4-																													
5-																													
6-																													
7-																													
8-																													
9-																													
10-																													
11-																													
12-																													
13-																													
14-																													
15-																													
43-Data de Faturamento 11/01/2024		44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Tipo de Faturamento 1		47-Valor Total R\$ 61,00		48-Valor Total R\$ 61,00		49-Valor Total R\$ 61,00		50-Valor Total R\$ 61,00		51-Valor Total R\$ 61,00		52-Valor Total R\$ 61,00		53-Valor Total R\$ 61,00		54-Valor Total R\$ 61,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante
11/01/2024, Peta COK 12, VIVIANE REIS

51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
12/01/2024, Peta COK 12, VIVIANE REIS

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/2024, Peta COK 12, VIVIANE REIS

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/01/2024, Peta COK 12, VIVIANE REIS