

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

394864
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/2010		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7954166		7-Data Validade da Sentença 11/01/2011			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00020251998360002199011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA		18/09/1968		14-Telefone		15-Nome do titular do plano MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA					
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			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0117447525018		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		30-Faturamento Empresa			
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
1-000085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	30/10/2010	30/10/2010
2-000085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	30/10/2010	30/10/2010
3-000085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	30/10/2010	30/10/2010
4-000000000000											
5-000000000000											
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											
43-Data Prevista Término do Tratamento 30/10/2010	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 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						

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

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 30/10/2010 Aline Monteiro Dentista	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 30/10/2010 Aline Monteiro Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2010 M	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

CRO BA: 19222