



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



408676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia [3][0]/[1][0]/[2][0]	4-Data de Autorização [1][0]/[1][1]/[2][0]	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8011871	7-Data Validade da Senha [2][8]/[1][0]/[2][1]
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][2][2][5][9][7][6][0][0][0][6][5][0][3]	10-Empresa ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA		11-Data Validade da Carteira []/[]/[]/[]/[]/[]		
13-Nome INGRID SILVA PINTO		14-Telefone []-[]-[]-[]-[]-[]		15-Nome do titular do plano RUBEM DE SOUZA PINTO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		18-Número no CRO 19222		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][6][2][2][2][6][9][5][0][6][]		22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		23-Número no CRO 19222	
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-Código CBO S BA	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-0[0][8][1][0][0][0][6][5]	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Régulo []	34-Face []	35-Qtd [1]	36-Quantidade US [3][4][0][0]
37-Valor []	38-Franquia/Co-participação R\$ []	39-Aut []	40-Data de Realização [30][11][20]	41-Motivo da Class 42-Assinatura	
2- []	[]	[]	[]	[]	[]
3- []	[]	[]	[]	[]	[]
4- []	[]	[]	[]	[]	[]
5- []	[]	[]	[]	[]	[]
6- []	[]	[]	[]	[]	[]
7- []	[]	[]	[]	[]	[]
8- []	[]	[]	[]	[]	[]
9- []	[]	[]	[]	[]	[]
10- []	[]	[]	[]	[]	[]
11- []	[]	[]	[]	[]	[]
12- []	[]	[]	[]	[]	[]
13- []	[]	[]	[]	[]	[]
14- []	[]	[]	[]	[]	[]
15- []	[]	[]	[]	[]	[]
43-Data Previsão Término do Tratamento [30][11][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 [3][4][0][0]	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), 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 Cirurgião-Dentista [30][11][20] Dr. Aline Monteiro Cirurgiã-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista [30][11][20] Dr. Aline Monteiro Cirurgiã-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável [30][11][20] Rubem de Souza Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

CRO BA: 19222

CRO BA: 19222