

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 22/08/2020		4-Data de Autorização 29/11/2020		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8004331		7-Data Validade da Sinistro 26/11/2021	
Dados do Beneficiário				10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES				11-Data Validade de Carteira 11/11/2021			
8-Número da Carteira 000202519983600029902				9-Plano POS REDE PRESTADORA				12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ROSANA DE JESUS SANTANA				14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA			
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA				18-Número no CRO 9574			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 011714417152508				22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA				23-Número no CRO 9574			
26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA				27-Número no CRO 9574				28-UF BA			
30-Tabella				31-Código do Procedimento				32-Descrição			
1-00181000065				33-Dente/Régio				34-Face			
2-1				35-Qtd				36-Quantidade US			
3-1				37-Valor				38-Franquia/Co-participação R\$			
4-1				39-Aut				40-Data de Realização			
5-1				41-Motivo da Guia				42-Assinatura			
6-1				43-Data Prevista Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento			
7-1				45-Tipo de Falamento				46-Tipo de Falamento			
8-1				47-Valor Total R\$				48-Tipo de Falamento			
9-1				49-Valor Total R\$				50-Tipo de Falamento			
10-1				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
11-1				53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
12-1				55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
13-1				57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
14-1				59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			
15-1				61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista			

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: Dr. Aline Monteiro
CRO BA: 19222

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Aline Monteiro
CRO BA: 19222

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Aline Monteiro
CRO BA: 19222

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Aline Monteiro
CRO BA: 19222