



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1759406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/17/10/11/12/14	4-Data de Autorização 10/3/10/12/1/2/4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12098205	7-Data Validade da Senha 12/16/10/14/1/2/4
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/02/52/53/06/7/0/0/0/6/2/0/0/3/1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome DAVI EVANGELISTA DA SILVA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JACELIA EVANGELISTA DA SILVA	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 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/7/8/7/8/8/8/5/0/0/0/1/7/5	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	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-10	108100010065	CONSULTA ODONTOLOGICA	1	1	1
2-10	108100010090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	1	1	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 Previsão Término do Tratamento 02/02/16/16/19					
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 1106100					
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

CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

03/11/16/16/19

CRO-74-Ba

Dra Viviane Reis

03/04/16

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/11/11/11