



Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/5/11 12/12/14	4-Data de Autorização 11/5/11 12/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13329072	7-Data Validade da Senha 11/5/11 03/11/25
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

2143204
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101200215215301670004411011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome GUILHERME SILVA DO LAGO	20/08/1999	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano GUILHERME SILVA DO LAGO
------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNU / CPF 20080228040001111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glase	42-Assinatura
1	01018100000517	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	10,00			15/12/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/12/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(ram) 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

Paciente com 38 anos, com necessidade de reabilitação do maxilar inferior, podendo ser realizado com implantes.

Dra Jaqueline Santos

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável 15/12/11, LAGO-BA 25097	51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 15/12/11, LAGO-BA 25097	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/11, LAGO-BA 25097	53-Data, local e Campo de Empresa 15/12/11, LAGO-BA 25097
--	---	--	--