



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2266371
INTERCÂMBIO

1.º Registro ANS

406414

3.º Data de Emissão da Guia

10/12/10

4.º Data de Autorização

10/12/10

5.º Senha

AUTORIZADO

6.º Número da Guia Principal

13719802

7.º Data Validade da Senha

10/12/12

Dados do Beneficiário

8.º Nome da Carteira

1010202150215306700069696021

9.º Plano

POS REDE PRESTADORA

10.º Empresa

CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS

11.º Data Validade da Carteira

11/11/11

12.º Número do Cartão Nacional de Saúde

13.º Nome

GUSTAVO OLIVEIRA SOUZA

26/06/2018

14.º Telefone

15.º Nome do Titular do plano

JANICLER OLIVEIRA SANTOS SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16.º Atendimento a RN

N

17.º Nome do Profissional Solicitante

CLIORP

21.º Código na Operadora / CNPJ / CPF

10188485160001010101

22.º Nome do Contratado Executante

R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA

23.º Número no CRO

8958

24.º UF

BA

25.º Código CNES

6127290

26.º Nome do Profissional Executante

RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

27.º Número no CRO

8958

28.º UF

BA

29.º Código CBO S

BA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30.º Tabela

31.º Código do Procedimento

10101810004211

32.º Descrição

RX PERIAPICAL

33.º Dente/Região

RIS

34.º Face

1

35.º Qtd

1

36.º Quantidade US

14,00

37.º Valor

10,00

38.º Franquia/Co-participação R\$

510210412511

39.º Aut

10210412511

40.º Data de Realização

10/12/10

41.º Motivo da Glosa

42.º Assinatura

43.º Data Previsão Término do Tratamento

44.º Tipo de Atendimento

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45.º Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46.º Total Quantidade US

14,00

47.º Valor Total R\$

10,00

48.º Total Franquia / Co-participação R\$

10,00

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.º Observação

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

10/12/10

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas

10/12/10

52.º Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

10/12/10

53.º Data, local e Cartão da Empresa

10/12/10