



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2401104
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10	4-Data de Autorização 11/14/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14166906	7-Data Validade da Senha 12/16/10
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 10/02/02	5-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------------------	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome MARIA DOS ANJOS SOUZA SANTOS	08/01/1988	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JOSIVAN SOUZA DE SANTANA
---	------------	--------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
---	--	--	--

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLOIRP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CRO S 10	025 - Faturar Empresa
-------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08/848516/000100100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
--	--	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CRO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	144,00	0,00			14/08/10		
2-10	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	161,00	0,00			14/08/10		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/08/10	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 2105,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/08/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/10	53-Data, local e Caimbo da Empresa 14/08/10
---	---	---	--