



13-Quantidade para uso 8211

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1713525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/18/11 12/12/13	4-Data de Autorização 11/2/10 11/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11970178	7-Data Validade da Senha 10/7/10 13/12/14
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10102102152530167010013019013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome MARCOS MACIEL LOPES RABELO	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano MACIEL DE JESUS RABELO	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	21-Código CNES 3479978	22-UF BA	23-UF BA	24-UF BA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101718171818151010117151	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA VIVIANE REIS LTDA	23-Número no CRO 5635	24-UF BA	25-UF BA	26-UF BA
Dados do Profissional Executante					
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL	27-Número no CRO 5635	28-UF BA	29-UF BA	30-UF BA	31-UF BA
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0101811010010651	CONSULTA ODONTOLOGICA	1	1	1	1
2-0101814101019181	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	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 11/23/10 11/12/14					
44-Tipo de Atendimento 111 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 111 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 11741010					
47-Valor Total R\$ 111101010					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111					

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/21/10 11/12/14 CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Dra Viviane Reis	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/21/10 11/12/14 CLINICA ODONTOLOGICA LTDA Dra Viviane Reis	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representável 11/21/10 11/12/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
--	--	--	--

CND L07 878 885/0001-75

CNPJ-07 878 885/0001-75