

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2489420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 02/11/2015		4-Data de Autorização 02/11/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14447267		7-Data Validade da Senha 01/12/2015	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025025306700074901						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome HERCULE DE JESUS DE OLIVEIRA						14-Data de Nascimento 24/01/2000		15-Nome do titular do plano HERCULE DE JESUS DE OLIVEIRA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708403293815665	
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 / CNPJ / CPF 20802804000111				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	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			02/11/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2015		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\$ 0,00		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) 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 Justificativa: 81000057: PULPITE IRREVERSÍVEL DA UNIDADE 18 PACIENTE NECESSITANDO DE EXODONTIA.		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2015 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2015 Hercule de Jesus de Oliveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2015	
--	--	--	--	---	--	---	--