



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



1-Registro ANS 405.14 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 6/12/14 4-Data de Autorização 10/08/10 6/12/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12576823 7-Data Validade da Senha 10/08/10 9/12/14

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5/12 5/3/0/6 7/0/0/15 9/3/0/1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Endereço do Beneficiário

14-Telefone

15-Nome do titular do plano VALMIR LINS DOS SANTOS

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/8/8/4/8/5/1/6/0/0/0/1/0/0/1 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 6127290 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-Dente/Região	34-Fraco	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-	0	0	8	1	0	0	0	6	5			
		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1					10/08/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/2014												
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Totál 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 3 4 1 0 0												
47-Valor Total R\$ 0 1 0 0												
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/2014 Rodolfo A. Gonçalves 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2014 Rodolfo A. Gonçalves 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2014 Valmir Lins dos Santos 53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/2014

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2014 Rodolfo A. Gonçalves 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2014 Valmir Lins dos Santos