



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1767513
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	4-Data de Autorização 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12123221	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 0 / 5 1 / 2 4
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 1 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 5 1 7 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-Nome DOMINGOS CARLOS BATISTA BRITO					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano DOMINGOS CARLOS BATISTA BRITO					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio 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 025 -	Faturar Empresa Enviar - RX () 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 8 7 8 8 8 5 0 0 0 1 7 5					
22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA VIVIANE REIS LTDA					
23-Número no CRO 5635					
24-UF BA					
25-Código CNES 3479978					
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL					
27-Número no CRO 5635					
28-UF BA					
29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	26	OVM	1	1 2 2 1 0 0	0 1 0 0	0 2 1 0 2 1 0 2 1				
1-0	1 0 1 8 5 1 0 0 2 1 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA										
2-1												
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 Prévia de Término do Tratamento 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 2 2 1 0 0	47-Valor Total R\$	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), ocorreram 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

Rato 04/12

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4	53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 2 / 1 0 / 2 1 / 2 4
--	--	--	--

CNPJ - 07.878.885/0001-75

CNPJ - 07.878.885/0001-75