



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/5/10 6/12/3 4-Dia de Autorização 10/6/10 6/12/3 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11301657 7-Dia Validade da Guia 10/3/10 9/12/3

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025253067000180001 9-Pais POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARK GILENO DOS SANTOS GOMES 14-Telefone (71) 977081090 15-Nome do titular do plano MARK GILENO DOS SANTOS GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 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 18848516000110001 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 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 CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	06/06/08		
2	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	06/06/08		
3	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	06/06/08		
4	00085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	0,00	06/06/08		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto para o Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), foram realizados 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.

45-Observação

50-Dia Local e Assinatura do Contratado / Dentista Solicitante 06/06/08 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BA 8958 51-Dia Local e Assinatura do Contratado / Dentista 06/06/08 Dr. Gabriel Rodrigues Cirurgião Dentista CRO-BA 24928 52-Dia Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/06/08 53-Dia Local e Assinatura da Empresa 06/06/08 Dr. Gabriel Rodrigues Cirurgião Dentista CRO-BA 24928