



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



816680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 1 / 2 1 2 1 1	4-Data de Autorização 2 1 / 1 1 / 2 1 2 1 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9402870	7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 0 / 3 1 / 2 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / / / /	
-----------------------	--	---	--	---	--	--	--

13-Nome SUZY HELEN DA SILVA SANTOS		14-Telefone () / / / / / /		15-Nome do titular do plano CLAUDIO PACHECO DE ALMEIDA	
---------------------------------------	--	--------------------------------	--	---	--

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 16 9 3 1 2 0 6 0 2 8 7		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200	
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-Data de Realização	41-Motivo da Closs 42-Assinatura
1	1 0 1 8 5 1 0 2 0 2 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	18 8 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	12/11/21	SUZY
2	0 0 1 8 5 1 0 2 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	18 8 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	1	12/11/21	SUZY
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/21	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 7 6 1 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------------	--------------------	---

Dedaro, 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. Dedaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam 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

Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290		Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290		53-Data, local e Curinho da Empresa 12/11/21 12/11/21 12/11/21	
--	--	--	--	---	--