



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2136385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 12/12/14	4-Data de Autorização 10/09/11 12/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13306800	7-Data Validade da Senha 10/09/10 13/11/21
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 15/12/03 06/07/00 05/14/02 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 1/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA ALINE OLIVEIRA DOS SANTOS	16/01/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LEVI MARTINS DE SOUZA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Saneante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12/08/02 8/04/00 01/11/11	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0	018100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,10	0,10					
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 Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,10	47-Valor Total R\$ 0,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,10
--	-----------------------------	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, (riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a realização do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações de planejamento orçamentário e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tratado com fratura na mandíbula 94 com medição de resilição, feito curativo de

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2011 Dra. Emyle Ribeiro S. Souza Cirurgiã-Dentista CRO-BA 27050	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011 Dra. Emyle Ribeiro S. Souza Cirurgiã-Dentista CRO-BA 27050	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2011 Levi Martins de Souza Filiado da B. S. S. S.	53-Data Local e Carimbo da Empresa 05/11/2011
--	--	---	--