



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



|                          |                                             |                                           |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/01/10 10:20 | 4-Data de Autorização<br>12/7/11 10:12 01 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7975194 | 7-Data Validade da Senha<br>11/8/10 11:21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                 |                                |                                         |                                          |                                                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>10102025253067000163011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>400022<br>INTERCÂMBIO |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|                                        |            |                              |                                                            |
|----------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CAROLINE BATISTA SA BARRETO | 13/05/1999 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>CAROLINE BATISTA SA BARRETO |
|----------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                  |                          |                 |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 16-Agendamento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA     | 20-Código CRO S<br>025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>161931120602187          | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS    | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA     | 25-Código CNES                              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 27-Número no CRO<br>8958                                         | 28-UF<br>BA              | 29-Código CRO S |                                             |

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Ord | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut   | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Realização | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 85300047     |                 |         |        | 1                | 1,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 20                    |                         |               |
| 2-0       | 0                         | 85300047     |                 |         |        | 1                | 1,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 20                    |                         |               |
| 3-0       | 0                         | 85300047     |                 |         |        | 1                | 1,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 20                    |                         |               |
| 4-0       | 0                         | 85300047     |                 |         |        | 1                | 1,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 20                    |                         |               |
| 5-0       | 0                         | 81000065     |                 |         |        | 1                | 1,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 20                    |                         |               |
| 6-0       | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 7-0       | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 8-0       | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 9-0       | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 10-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 11-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 12-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 13-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 14-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |
| 15-0      | 0                         |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                         |               |

|                                                          |                                                                                                                                     |                                                                      |                                   |                             |                                                  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>12/11/10 10:20 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Totál 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1178,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>11,00 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

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) 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 / Dentista<br>12/11/10 10:20 Dr. Jéssica L. de Queiroz CRO-BA-14.537 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/11/11 01:30 Dr. Jéssica L. de Queiroz CRO-BA-14.537 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/11/10 10:20 Dr. Jéssica L. de Queiroz CRO-BA-14.537 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>12/11/10 10:20 Dr. Jéssica L. de Queiroz CRO-BA-14.537 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|