



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



395945
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2010	4-Data de Autorização 22/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958805	7-Data Validade da Guia 12/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número da Carteira 000202525306700020603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome RAYANY MAIA DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JERONIMO EDUARDO DOS SANTOS FILHO
-----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
---	--

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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- Faixa	35- CID	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		5	22/11/2010		med
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00		5	22/11/2010		med
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/11/2010	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 22/11/2010 CRO-BA 14.537	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 22/11/2010 CRO-BA 14.537	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/2010 med	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/2010
--	--	--	---

med