



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1107534
INTERCÂMBIO

10000000000000000000

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10	4-Data de Autorização 10/11/09	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10263763	7-Data Validade da Seria 11/08/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1000202525306700058401	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
MARCOS PAULO OLIVEIRA MELO

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do Titular do Plano
MARCOS PAULO OLIVEIRA MELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa
---------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
108848516000101010

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-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	10,00			10/08/10		
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	10,00			10/08/10		
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	10,00			11/08/10		
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 Previsão Término do Tratamento 01/09/10	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Valor Total 183,00	46-Valor Total 183,00
--	---	--------------------------	--------------------------

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) descrito(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 01/11/10 Dra. Vanessa N. Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/10 Dra. Vanessa N. Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/10 MARCOS PAULO OLIVEIRA MELO	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/10/10 CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS
---	---	---	---