



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Interatividade para você sorrir!

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 11/12/14	4-Data de Autorização 10/12/10 12/12/14	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12074661	7-Data Validade da Senha 12/11/10 14/12/14	1750337 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 10102012525230670100517011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional do Saúde
13-Nome DOMINGOS CARLOS BATISTA BRITO						
14-Telefone (1111) 1111-1111						
15-Nome do titular do plano DOMINGOS CARLOS BATISTA BRITO						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL		18-Número no CRO 5635	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10787881500011715						
22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA DRA VIVIANE REIS LTDA						
23-Número no CRO 5635						
24-UF BA						
25-Código CNES 3479978						
26-Nome do Profissional Executante VIVIANE SANTOS DOS REIS WEYLL						
27-Número no CRO 5635						
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
1-0108110001065	CONSULTA ODONTOLOGICA	1	1	34100	0100	37-Valor
2-010815300147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	14400	0100	38-Franquia/Co-participação R\$
3-						39-Aut
4-						40-Data de Realização
5-						41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
6-						
7-						
8-						
9-						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/10/10 10/10/10	44-Tipo de Atendimento 1111-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 11-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178100	47-Valor Total R\$	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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/12/10 10/12/10
Dr. Viviane Reis

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/12/10 10/12/10
Dr. Viviane Reis

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/12/10 10/12/10

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11/11