



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/11/21		4-Data de AutORIZAÇÃO 25/11/21		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9292830		7-Data Validade da Serina 14/02/22		781165 INTERCÂMBIO											
Dados do Beneficiário																							
6-Número da Carteira 1002025253067000118403				9-Plano FOS REDE PRESTADORA				10-Em área CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome SAMIR RODRIGUES LIMA												26/05/2011		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCELO MACIEL LIMA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1693112060287		22-Nome do Contratado Exoculante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Exoculante 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-Diagnóstico Regiões		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glasa 42-Assinatura			
1-00		84000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		35,00		0,00		5125/11/21									
2-00		84000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		35,00		0,00		5125/11/21									
3-00		84000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		35,00		0,00		5125/11/21									
4-00		84000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		35,00		0,00		5125/11/21									
5-00																							
6-00																							
7-00																							
8-00																							
9-00																							
10-00																							
11-00																							
12-00																							
13-00																							
14-00																							
15-00																							
43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/21												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 140,00		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia/Co-participação R\$ 1,00			
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.																							
50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21												51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21											
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21												53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21											
54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21												55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21											