



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1. Registro ANS 406414 2. Data de Emissão da Guia 12/05/10 3. Data de Autorização 12/05/10 4. Sentença AUTORIZADO 5. Número da Guia Principal 11607780 6. Data Validade da Sentença 12/03/11 7. Data Validade da Guia 12/03/11

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 1000202152530670005300021 9. Plano POS REDE PRESTADORA 10. Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11. Data Validade da Carteira 12/03/11 12. Número do Cartão Nacional de Saúde 1588391 INTERCÂMBIO

13. Nome JOSETE CAMPOS DA SILVA MANGABEIRA 14. Telefone 19/03/1995 15. Nome do titular do plano DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA

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 1208028040001111 22. Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24 23. Número no CRO 14537 24. UF BA 25. Código CNES 7688776 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. F-ico	35. Qtd	36. Quantidade US	37. Valor	38. Franquia/Co-participação R\$	39. Anl	40. Data de Realização	41. Motivo da Realização	42. Assinatura
1	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	3	4,00	0,00	0,00	0,00	12/03/11	12/03/11	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

43. Data Previsto Término do Tratamento 12/08/11 44. Tipo de Atendimento 1. Tratamento Odontológico 2. Exame Radiológico 3. Ortodontia 4. Urgência/Emergência 45. Tipo de Atendimento 1. Total 2. Parcial 46. Usar Valor em US\$ 134,00 47. Usar Valor em R\$ 10,00 48. Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00

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(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 Paciente com dor no dente 46. Por isso o acordo, a paciente foi medicada e examinada.

50. Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 12/05/10 12/11/11 51. Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista 12/05/10 12/11/11 52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/10 12/11/11 53. Data, local e Assinatura do Contratado-Operadora 12/05/10 12/11/11

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 8958
Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24928
Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24928
Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24928