



TRANQUILIDADE PARA VOCÊ E SEU PAZ

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



838330
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 11/212	4-Data de Autorização 11/3/10 11/212	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9463337	7-Data Validade da Senha 11/3/10 14/212
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0102025125306700003403	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 GISELLY NUNES SOARES	22/10/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDVALDO SANTOS SOARES
---------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Aliamento a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 069312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958
	28-UF BA
	29-Código CBO S BA
	18-Número no CRO 8958
	19-UF BA
	20-Código CBO S BA
	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-F-Rec	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			11/3/10 11/212		Regulador
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			11/3/10 11/212		Regulador
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			11/3/10 11/212		Regulador
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	35,00	0,00			11/3/10 11/212		Regulador
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			11/3/10 11/212		Regulador
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/3/10 11/212	44-Tipo de Aliamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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) 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 11/3/10 11/212 Cirurgia - Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/3/10 11/212 Cirurgia - Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/3/10 11/212 Responsável da Glosa - NUNES	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/3/10 11/212
---	---	---	---

CRO-BA 21.398

Cirurgião - Dentista

CRO-BA 21.398