



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/04/21	4-Data de Autorização 12/7/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8494829	7-Data Validade da Senha 11/08/17/21
-----------------------	---------------------------------------	----------------------------------	--------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 10102025253067000087011	6-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL COSTA FEITOZA	07/03/1989	14-Telefone	15-Nome do titular do plano DANIEL COSTA FEITOZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Numero no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Numero no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Numero no CRO 12222	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 Causa	42-Assinatura
1-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00			15/05/21		Daniel
2-1												
3-1												
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 Previsto Término do Tratamento	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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

fotografia anexada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/05/21 CRO-BA 19.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/05/21 CRO-BA 19.222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/11/05/21 Daniel Feitoza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/05/21
---	---	--	---