

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/11/21 4-Data de Autuação 25/11/21 5-Seria AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9292843 7-Data Validade da Seria 14/02/22

781176
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700018404 9-Tipo FOS REDE PRESTADORA 10-Em posse CEFAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SAUL MACIEL RODRIGUES LIMA 14-Teléfono 27/06/2016 15-Nome do titular do plano MARCELO MACIEL LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-UF BA 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 23-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 24-UF BA 25-Código CNES 26-UF BA 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Recusa	42-Assinatura
1-0	0	8,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	51	M	1	6,1,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0
2-0	0	8,5,1,0,0,1,9,6	RESTAURAÇÃO RESINA	61	M	1	6,1,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0	0,0,0,0
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 122,00 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 apreendidos, 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 este documento, os valores referentes ao atendimento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/01/2021 CRO-BA 8958 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/01/2021 CRO-BA 8958 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 12/01/2021 53-Data, local e Assinatura da Empresa: 12/01/2021