

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2241578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/10/2015 4-Data de Autorização 13/10/2015 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13639422 7-Data Validade da Sentia 11/10/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025025306700071101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 11/10/2015 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DOMINGOS JOEL DOS SANTOS 23/02/1992 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DOMINGOS JOEL DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcance a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLORP 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0088485160001001 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 6127290 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

1.1-1. Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1.1.45-Tipo de Faturamento 1.1.46-Total Quantitativa US 3 4 1 0 0 1.1.47-Valor Total R\$ 10,00 1.1.48-Taxa Empresa / 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 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dra. Ana Caroline Vitorino
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24085

Dra. Ana Caroline Vitorino
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 24085

Domingos Joel dos Santos
CRO-BA 24085

Dra. Ana Caroline Vitorino
CRO-BA 24085