

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2026352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
3-Data de Emissão da Guia 11/2/10 9/12/14
4-Data de Autorização 11/7/10 9/12/14
5-Semeta AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 12957916
7-Data Validade da Semeta 11/1/12/12/14

8-Numero da Carteira 10102102151215130671001061321011
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS
11-Data Validade da Carteira
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WEVERTON MAYKON DOS SANTOS REIS
14-Teléfono ()
15-Nome do Titular do plano WEVERTON MAYKON DOS SANTOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN CLIORP
17-Nome do Profissional Solicitante
18-Número no CRO 8958 BA
19-UF BA
20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101818148151161010110101
22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA
23-Número no CRO 8958 BA
24-UF BA
25-Código CNES 6127290
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
27-Número no CRO 8958 BA
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- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	1001853010047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL			1	14,410,00	0,10,0,0					
2	101018110101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	14,10,0	0,10,0,0					
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Término do Tratamento
44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 4- Urgência/Emergência
45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
46- Total Quantidade US 117181010
47- Valor Total R\$ 101010
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, compreendendo-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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

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

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRC-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRC-BA 8958