



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 8/12/14 4-Data de Autorização 10/9/10 8/12/14 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12812011 7-Data Validade da Serinha 10/15/11 1/12/14

1981365
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 1 1 2 4 3 4 9 0 0 0 6 4 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MOHAWK REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FREDMARCK SETUBAL GOMES 22/06/1973 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA NECIONARIA RODRIGUES SILVA SETUBAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO MAIA RODRIGUES 18-Número no CRO 10112 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 5 8 2 4 6 8 0 0 0 1 4 2 22-Nome do Contratado Executante MS ATIVIDADES DE MEDICINA ORAL E ESTETICA 23-Número no CRO 10112 24-UF CE 25-Código CNES 0067504

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO MAIA RODRIGUES 27-Número no CRO 10112 28-UF CE 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 Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	1 4 4 1 0 0	230410,00			10/09/12		
2-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4 1 0 0	54410,00			10/09/12		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores contratuais, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) e 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 não cobertos pelo plano de saúde.

49-Observação
Dr. Rodrigo Maia
Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/10 9/12/14 FREDMARCK S.G. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/10 9/12/14 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/10 9/12/14 FREDMARCK S.G. 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/10 9/12/14

Dr. Rodrigo Maia
Cirurgião Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/9/10 8/12/14 4-Data de Autorização 10/9/10 8/12/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12821725 7-Data Validade da Senha 10/7/11 1/12/14

1984306
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025112434900006402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MOHAWK REVESTIMENTOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FREDMARCK SETUBAL GOMES

22/06/1973

14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARIA NECIONARIA RODRIGUES SILVA SETUBAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO MAIA RODRIGUES 18-Número no CRO 10112 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 358246800101142 22-Nome do Contratado Excitante MS ATIVIDADES DE MEDICINA ORAL E ESTETICA 23-Número no CRO 10112 24-UF CE 25-Código CNES 0067504

26-Nome do Profissional Excitante RODRIGO MAIA RODRIGUES 27-Número no CRO 10112 28-UF CE 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
1-010	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	24,40	0,00		10/09/10	24	
2-000	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00			10/09/10	24	
3-000												
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão 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 1122,00 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) 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

Dr. Rodrigo Maia
Cirurgião Dentista

Dr. Rodrigo Maia
Cirurgião Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/9/10 9/12/14 FREDMARCK S.C. 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/10 9/12/14 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/10 9/12/14 FREDMARCK S.C. 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/9/10 9/12/14