

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1270230
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2020	4-Data de Autorização 11/06/2020	5-Série AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 10707106	7-Data Validade da Série 11/06/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------	--	--

8-Número da Carteira 101020215125306770010533041	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/06/2023	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ MIGUEL ALMEIDA PACHECO		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do Plano WILLAMES MATTOS PACHECO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancoramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10884851601010101	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-100	185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00			10/12/20		
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 10/12/20	44-Tipo de Ancoramento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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/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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data local e Carimbo da Empresa 10/11/2012
--	--	--	--

Dra Karen Lima Silva
Cirurgião-Dentista
CRO 22117