



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro AHS
406414

3-Diário de Emissão da Guia
27/11/03/12/31

4-Data de Autorização
30/11/03/12/31

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
11042655

7-Data Validade da Sentença
25/11/06/12/31

1389628
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025225976000167011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JAILTON DANIEL SILVA

24/10/1967

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JAILTON DANIEL SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 no Operadora / CNPJ / CPF
088485160001001001

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- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0820100816	EXODONTIA A RETALHO	27	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	30/03/03		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/03/11/03												
44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Toda 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 173,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
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(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.

49-Observação

50-Dopa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dra. And Corotone Vaz
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 24085

51-Dopa, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dra. And Corotone Vaz
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 24085

52-Dopa, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Dra. And Corotone Vaz
CRO-BA 24085

53-Dopa, local e Cartão da Empresa
Dra. And Corotone Vaz
CRO-BA 24085