

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2015	4-Data de Autorização 10/06/2015	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8545855	7-Data Validade da Seria 10/11/2018	540324 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 1002025306700046801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ROBSON DA FRANCA DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROBSON DA FRANCA DE SOUZA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER	18-Número no CRO 12222	19-UF BA	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 102379397546	22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO
27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO S	30-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização

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	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	32	VML	1	122,00	0,00	06/05/21	S	06/05/21		Robson
2-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VML	1	122,00	0,00	06/05/21	S	06/05/21		Robson
3-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VD	1	88,00	0,00	06/05/21	S	06/05/21		Robson
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 11/11/11	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 332,00	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/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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Fotografia Anexada

50-Data, local e Assinatura do Contratado 06/05/21, Edimario Alves de Jesus Neto	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 06/05/21, Edimario Alves de Jesus Neto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/21, Robson da Franca de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/05/21
---	---	--	---