

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/21	4-Data de Autorização 06/10/21	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8494797	7-Data Validade da Serha 18/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

526455
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10102025253067000054011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome UILSON PIRES FERREIRA	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano UILSON PIRES FERREIRA		

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02379397546		22-Nome do Contratado Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO	23-Número no CRO 12222	24-UF BA	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO		27-Número no CRO 12222	28-UF BA	29-Código CBO S		

30-Tabella	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
1-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00			10/05/21		Uilson
2-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00			10/05/21		Uilson
3-10	0851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			10/05/21		Uilson
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 Previsão 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 183,00	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.

49-Observação

Fotografia anexada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/21 Dr. Edimário Alves de Jesus Neto Cirurgião-Dentista CRO-BA 12.222	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 10/05/21 Uilson Pires Ferreira CRO-BA 10.222	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 Uilson Pires Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/21
--	---	---	---