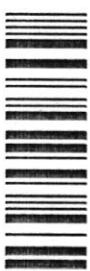




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



785940
INTERCÂMBIO

Identificação para o(a) paciente

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 19/11/21	4-Data de Autorização 19/11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9309693	7-Data Validade da Sentença 17/02/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0120252530670000231031031	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
ANDREA DOS SANTOS

18/03/1984

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano
BRUNO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 169312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
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-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	88,00	0,00	0,00	0,00	19/11/21		Andrea
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento
19/11/21

44-Tipo de Aliamento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 188,00	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 referenciados nos tratamentos realizados. Contrato/Contratante: em anexo, caso os custos caracterizem prejuízo, entre as partes.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/21 Ana Luisa B. Fontes CRO-BA 22290	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/21 Ana Luisa B. Fontes CRO-BA 22290	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/21 Bruna dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/21
--	--	---	---