

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2018	4-Data de Autorização 11/08/2018	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11535808	7-Data Validade da Sentença 10/06/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

1562404
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202525306700019201	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 CLAUDIO PACHECO DE ALMEIDA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO PACHECO DE ALMEIDA
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 884851600010101	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-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Glor	42-Assinatura
1	100	85300047				1	144,00			11/08/2018		
2	100	81000065				3	14,00			11/08/2018		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2018 Elis E. dos Santos Paixão	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2018 Elis E. dos Santos Paixão	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/2018
---	---	---	---

Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869

Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 21869