



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



807467
INTERCÂMBIO

1-Registro AOS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9374097	7-Data Validade da Santa 06/10/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário 000202525306700047601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RENAN FERREIRA NUNES	23/07/1997	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RENAN FERREIRA NUNES
---------------------------------	------------	------------------------------	---

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1693120160287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				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 Causa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento			1-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	01	61,00	0,00	06/11/2012				
				2-0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	01	61,00	0,00	06/11/2012				
				3-										
				4-										
				5-										
				6-										
				7-										
				8-										
				9-										
				10-										
				11-										
				12-										
				13-										
				14-										
				15-										

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/11/2012	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 122,00	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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/11/2012 Afosana Cristo Cirurgiã - Dentista CRO-BA 21.398	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/2012 Afosana Cristo Cirurgiã - Dentista CRO-BA 21.398	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012 Renan Ferreira Renan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/11/2012
--	--	---	---