

Perfume

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS

406414

3-Dado de Emissão da Guia

11/03/05/12/11

4-Data de Autorização

24/05/12/11

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

8582910

7-Data Validade da Senha

11/08/12/11

550077
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira

00202525306700033501

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

11/11/11

13-Nome

JARBAS DA SILVA SANTANA

14-Endereço

JARBAS DA SILVA SANTANA

02/05/1993

15-Telefone

() - - - - -

16-Nome do titular do plano

JARBAS DA SILVA SANTANA

17-Atendimento a RN

N

18-Nome do Profissional Solicitante

CLINICA ODONTOMEDICA VIVER

21-Código na Operação / CNPJ / CPF

02379397546

22-Nome do Contratado Executante

EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

19-Número no CRO

12222

20-Código CBO S

06

025 -

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante

EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

23-Número no CRO

12222

24-UF

BA

25-Código CNES

BA

29-Código CBO S

BA

30-Tabela

31-Código do Procedimento

10085100196

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente Região

440

34-Face

01

35-Qtd

1

36-Quantidade US

61,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

0,00

39-Aut

S

40-Data de Realização

24/05/12

41-Motivo da Glosa

42-Assinatura

20085100196

30085100196

40085100196

50085100196

60085100196

70085100196

80085100196

90085100196

10085100196

11085100196

12085100196

13085100196

14085100196

15085100196

16085100196

17085100196

18085100196

19085100196

20085100196

21085100196

22085100196

23085100196

24085100196

25085100196

26085100196

27085100196

28085100196

29085100196

30085100196

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), foram realizados 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Operador

24/05/12

Edimario Alves de Jesus Neto

CRO-BA 12.222

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião

24/05/12

Edimario Alves de Jesus Neto

CRO-BA 12.222

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/05/12

Jarbas da Silva Santana

CRO-BA 12.222

53-Data, local e Cartão da Empresa

24/05/12

Edimario Alves de Jesus Neto

CRO-BA 12.222

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

244,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00