

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/17/1014/1211	4-Data de Autorização 06/11/05/1211	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8493293	7-Data Validade da Seria 11/6/1017/1211
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101202525306700054011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/1111	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome

UILSON PIRES FERREIRA

06/12/1984

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
UILSON PIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 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 CNES

26-Nome do Profissional Executante

EDIMARIO ALVES DE JESUS NETO

27-Número no CRO

12222

28-UF

BA

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glorosa	42-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	5	06/05/12	24	Uilson
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	5	06/05/12	24	Uilson
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	5	06/05/12	24	Uilson
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	5	06/05/12	24	Uilson
5-00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	5	06/05/12	24	Uilson
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 1178,00	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) 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 06/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/11/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/05/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/05/12
---	--	--	--

CRO-BA 12.222

CRO-BA 12.222

06/05/12

06/05/12