

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2116379
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/24	4-Data de Autorização 28/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13241249	7-Data Validade da Senha 21/02/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025116910700001101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FERRAGENS NEGRAO COMERCIAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA LEIDE LIMA SANTIAGO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA LEIDE LIMA SANTIAGO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante EMERSON GUSTAVO DOS SANTOS		18-Número no CRO 27657	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 53709518000165		22-Nome do Contratado Executante EYVDHENCE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA ME	23-Número no CRO 27657	24-UF BA	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante EMERSON GUSTAVO DOS SANTOS			27-Número no CRO 27657	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 Glósa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 28/11/24 Emerson Gustavo dos Santos Dr. Emerson Gustavo dos Santos Cirurgião-Dentista CRO-BA 27657	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/11/24 Emerson Gustavo dos Santos Dr. Emerson Gustavo dos Santos Cirurgião-Dentista CRO-BA 27657	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/11/24 Maria Leide Lima Santiago MARIA LEIDE LIMA SANTIAGO	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/11/24 EYVDHENCE ODONTOLOGIA INTEGRADA LTDA R BOTICÁRIO MONCORVO, N° 319 - 2º ANDAR CENTRO - CEP 44.001-208 FEIRA DE SANTANA - BA
--	--	--	---