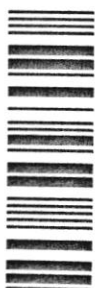




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



2136570
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão do Guia 10/09/11 12/12/14	4- Data de Autorização 10/09/11 12/12/14	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 13307451	7- Data Validade da Sentença 10/09/11 03/12/15
---------------------------	---	---	---------------------------	---	---

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 000020252530670004711021	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 MYRNA FERNANDA CAIRO SILVA ARAUJO	30/12/1973	14- Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano JOSE CARLOS RIBEIRO DE ARAUJO
---	------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento 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 120180280400011111	22- Nome do Contratado Exatante RV MASCARENHAS LTDA	23- Número no CRO 14537	24- UF BA	25- Código CNES 7688776
--	--	----------------------------	--------------	----------------------------

26- Nome do Profissional Exatante 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- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gosa	42- Assinatura
1	10	0	1	0	0	0	5	7				
		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1		13	4	10	10		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsto Término do Tratamento	11/11/11	44- Tipo de Atendimento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45- Tipo de Faturamento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
46- Total Quantidade US	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
47- Valor Total R\$	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
48- Total Franquia / Co-participação R\$	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

Paciente com dor na unidade 16, muito piora após medicação e não responde ao tratamento. Paciente com dor na unidade 16, muito piora após medicação e não responde ao tratamento. Paciente com dor na unidade 16, muito piora após medicação e não responde ao tratamento.

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Emilly Ribeiro S. Souza Cirurgia-Dentista CRO-BA 27050	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Emilly Ribeiro S. Souza Cirurgia-Dentista CRO-BA 27050	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dra. Emilly Ribeiro S. Souza Cirurgia-Dentista CRO-BA 27050	53- Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	--------------------------------------