



Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



550073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 11/03/2011

4-Data de Autorização 12/04/2011

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8582858

7-Data Validade da Senha 11/08/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025306700033501

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 JARBAS DA SILVA SANTANA

02/05/1993

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano JARBAS DA SILVA SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOMEDICA VIVER

18-Número no CRO 12222

19-UF BA

20-Código CBO S 06

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	S	24/05/2011		Edmar
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	S	24/05/2011		Edmar
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	61,00	0,00	0,00	S	24/05/2011		Edmar
4-00												
5-00												
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/03/2011	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	183,00	10,00								

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/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

Fotografia anexada.

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 24/05/2011 Edmar Alves de Jesus Neto

51-Data, local e Assinatura do Profissional: 24/05/2011 Edmar Alves de Jesus Neto

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 24/05/2011 Edmar Alves de Jesus Neto

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 24/05/2011

CRO-BA 12.222

CRO-BA 12.222