



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2069904
INTERCÂMBIO

1.º - Identificação para visto 2011

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 29/11/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13093214	7-Data Validade da Sentença 15/01/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025025306700068701	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
EDSON DE JESUS DOS SANTOS

10/05/1976

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
EDSON DE JESUS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CRO S 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
---	--	--------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CRO 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
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	44,00	0,00			10/05/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1.1-45-Tipo de Faturamento

1-Totál 2-Parcial

1.1-46-Tipo de Faturamento US

1.1-47-Tipo de Faturamento R\$

1.1-48-Tipo de Faturamento R\$

1.1-49-Tipo de Faturamento 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 10/05/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/05/2012	53-Data local e Carteira de Empresa 10/05/2012
--	--	--	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958