



2441039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/2015	4-Data de Autorização 27/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14297103	7-Data Validade da Senha 26/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700025803		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000113526908
13-Nome JOAO PEDRO CARDOSO SANTANA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UANDERSON SOARES SANTANA	

16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO 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 CBO S			

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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	82		1	73,00	0,00			27/08/2015		
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			27/08/2015		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 145,00	47-Total Valor 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 27/08/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/08/2015
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 25097

Dr. Queline Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 25097

Receita de J. Anderson Santana