



1690473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/11 11/12/13 4-Data de Autorização 12/11/11 11/12/13 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 11903969 7-Data Validade da Guia 11/9/10 12/12/14

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215131016171010101018131011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JOSIVAN SOUZA DE SANTANA

04/10/1985

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do Titular do plano JOSIVAN SOUZA DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affordamento 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 1018181418151161010101110101 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Rancho	34- F Ace	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1- 010181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11	11	34100			11	21/11/11	85	
2- 0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		11	11	144100			11	21/11/11	85	
3- 1												
4- 1												
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
14.3-Data Prevista Término do Tratamento 21/11/11 21/11						14.4- Tipo de Assinatura 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência		14.5- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		14.6- Total Quantidade US 1178100		14.7- Valor Total R\$ 101001
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 21/11/11 21/11 Dr.ª Rebeca Bastos Cirurgiã-Dentista CRO-BA 26360 51- Data, local e Assinatura do Contratado 21/11/11 21/11 Dr.ª Rebeca Bastos Cirurgiã-Dentista CRO-BA 26360 52- Data, local e Assinatura da Beneficiária / Responsável 21/11/11 21/11 53- Data, local e Assinatura da Empresa 21/11/11 21/11