



2552220
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11/12/5	4-Data de Autorização 12/11/11/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14637803	7-Data Validade da Senha 12/01/01/12/6
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525306700047102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702006802312280
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome do Beneficiário MYRNA FERNANDA CAIRO SILVA ARAUJO		14-Data de Nascimento 30/12/1973	15-Endereço () - - - - -	16-Nome do titular do plano JOSE CARLOS RIBEIRO DE ARAUJO
--	--	-------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												42-Assinatura
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	
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			12/11/12/5		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/12/5	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total 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 Justificativa: 81000057: PACIENTE COM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA NA UNIDADE 37 LESAO DE CARIE COM COMPROMETIMENTO PULPAR.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/12/5 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas RO-BA-21860	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12/5 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas RO-BA-21860	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/12/5 Myrna F. Cairo Silva Araújo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--