



2173106
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015 4-Data de Autorização 11/01/2015 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13412083 7-Data Validade da Guia 11/01/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102150215306701068191021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS 11-Data Validade da Carteira 11/01/2015 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANGELLA MARTINS DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ATILA MARTINS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Acadêmico a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CLORP 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora CNPJ / CPF 081848516000101010 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 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Guia	42-Assinatura
1-1	01810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/01/2015		
2-1												
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												

43-Data de Tratamento 11/01/2015 44-Tipo de Tratamento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Valor Unitário US\$ 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(ram) 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 11/01/2015 Elis E. dos Santos Parão Cirurgião-Dentista CRO-BA-21869 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2015 Elis E. dos Santos Parão Cirurgião-Dentista CRO-BA-21869 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2015 Angella Martins Santos da Silva 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/01/2015