



1861305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/12	4-Data de Autorização 27/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12412801	7-Data Validade da Senha 23/10/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202525306700029502		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 JULIA IZABELLA SOUZA DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHARLES HARRISON DOS SANTOS	

16-Atendimento 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 Enviar - RX (I) 85100200
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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	27/10/12		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	27/10/12		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	27/10/12		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/12	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 300,00	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			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/12 Paloma A. Gonçalves Cirurgiã - Dentista CRO - BA 23213	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/12 Paloma A. Gonçalves Cirurgiã - Dentista CRO - BA 23213	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/12 Charles Harrison dos Santos Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/12 Paloma A. Gonçalves Cirurgiã - Dentista CRO - BA 23213
--	--	--	--