



2019964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2014	4-Data de Autorização 06/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12936497	7-Data Validade da Senha 05/12/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202525306700026001									
13-Nome ALMIRAILTON MAGALHAES DA SILVA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALMIRAILTON MAGALHAES DA SILVA			
				07/07/1984					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 10		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP							
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	
								Enviar - RX (I) 85100200	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS				27-Número no CRO 8958		28-UF BA		29-Código CBO S (I) 85100200	

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	VM	1	88,00	0,00			06/10/2014		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00			06/10/2014		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/2014	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 176,00	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 06/10/2014 CRO-BA: 24957	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/2014 CRO-BA: 24957	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/2014
--	--	---	---