



1413885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2014	4-Data de Autorização 26/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11115522	7-Data Validade da Senha 16/07/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700000603		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 RISONEIDE CRISTINA DOS SANTOS DA SILVA	14-Telefone 17/07/1966	15-Nome do titular do plano JOSE FABIO DA SILVA
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03848516000100	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/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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			26/10/2014		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			26/10/2014		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			26/10/2014		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Término do Tratamento 26/10/2014	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 183,00	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 promissário 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 26/10/2014 Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 26/10/2014 Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2014 Risoneide Cristina da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2014
---	--	--	---