



832778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/12	4-Data de Autorização 18/10/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9446544	7-Data Validade da Senha 08/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202525306700024003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SOPHIA VITORIA ALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone 22/02/2016	15-Nome do titular do plano ROQUE BATISTA SANTANA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RAI 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 do Operador / CNPJ / CPF 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES	
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/10/12		Denise
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/10/12		Denise
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/10/12		Denise
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/10/12		Denise
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/10/12		Denise
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/12	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 174,00	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 apresentarme, 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), foram realizados 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 18/10/12 Dra. Beatriz Gomes Fernandez CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/12 Denise Sales
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/12 Denise Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/12 Dra. Beatriz Gomes Fernandez Cirurgião-Dentista CRO-BA 17824