



401131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/10 10/210	4-Data de Autorização 13/01/10 10/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979884	7-Data Validade da Senha 19/01/12 11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202525306700013403		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 WALISSON BATISTA DA CRUZ		14-Telefone 15/04/2009	15-Nome do titular do plano UELITON DA CRUZ 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
21-Código na Operadora / 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-Dentes/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-	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/10/20		Milton
2-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Milton
3-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Milton
4-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	30/10/20		Milton
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	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 217,00	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 30/10/20 Drª Juliana Lope Cirurgia Dentista CRO-BA 16.920	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/10/20 Drª Juliana Lope Cirurgia Dentista CRO-BA 16.920	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Milton	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
--	---	--	---