



408752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 0 3 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8012323	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 1 2 3 0 1	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 ANDRE LUIS SANTOS MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS SANTOS MOREIRA
--------------------------------------	----------------------	--

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 6 9 3 1 2 0 6 0 2 8 7	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	

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	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0,00			3 0 / 1 1 / 2 0		Andre
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0,00			3 0 / 1 1 / 2 0		Andre
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0,00			3 0 / 1 1 / 2 0		Andre
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0,00			3 0 / 1 1 / 2 0		Andre
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0,00			3 0 / 1 1 / 2 0		Andre
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 3 / 1 1 / 2 0	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 1 7 8 0 0	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 0 3 / 1 1 / 2 0 Dr. João Pedro Silva Oliveira Cirurgião-Dentista CRO-BA-20.318	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 0 3 / 1 1 / 2 0 Dr. João Pedro Silva Oliveira Cirurgião-Dentista CRO-BA-20.318	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 0 3 / 1 1 / 2 0 Andre Luis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 0 3 / 1 1 / 2 0
--	--	--	--