



2532127
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2015	4-Data de Autorização 04/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14576957	7-Data Validade da Senha 03/01/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700033301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707605212712595
13-Nome FABIANO ROBERTO DE SOUZA		14-Telefone 04/10/1995 (11) 19121161215191	15-Nome do titular do plano FABIANO ROBERTO DE SOUZA		

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 20802804000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA		23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			04/11/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/2015	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 34,00	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 Justificativa: 81000057: NECROSE PULPAR COM ABSCESSO ASSOCIADA A UNIDADE 47. Fato troco de medicação intra pulpar e curativo de dano.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2015, Dr. Carolina Vaz, CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2015, Dr. Ang Caroline Vaz, CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2015, Fabiano Roberto de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2015
---	---	---	---