



367645
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/2019	4-Data de Autorização 04/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7838266	7-Data Validade da Senha 30/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700039702	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 JOSETE CAMPOS DA SILVA OLIVEIRA	14-Telefone 19/03/1995	15-Nome do titular do plano DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA
--	---------------------------	--

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
--	---	--------------------------	-------------	--

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S (I) 85100200
---	--------------------------	-------------	---------------------------------

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	88,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DM	1	88,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
8	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/10/2019		Jose
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/10/2019	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 442,00	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 imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/10/2019 Dra. Helian Farias CRO-BA 20060	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2019 Dra. Helian Farias CRO-BA 20060	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/10/2019 Jose das Mangas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/10/2019
---	---	--	---