



2121370
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2014	4-Data de Autorização 26/11/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13258387	7-Data Validade da Senha 24/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700023903		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 TAIS FERREIRA RIBEIRO			14-Telefone (71) 8170-3344	15-Nome do titular do plano JOSE HENRIQUE BOMFIM CARCEREIRO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA		23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	
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	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00			26/11/2014		Tais F. Ribeiro
2	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00			26/11/2014		Tais F. Ribeiro
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

30-Data de Emissão do Documento 26/11/2014	31-Tipo de Procedimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	145-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	146-Total Quantidade US 372,00	147-Valor Total R\$ 0,00	148-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 26/11/2014 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 26/11/2014 Dr. Ana Carolina Vaz CRO-BA 24085
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2014 Tais F. Ribeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2014