



831427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/2012	4-Data de Autorização 06/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9443252	7-Data Validade da Senha 06/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525306700014104		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 THOR GABRIEL DOS SANTOS DE JESUS				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano UOTON EMERSON DE JESUS		

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		
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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/01/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/01/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/01/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/01/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/2012	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	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		Dra. Maria Caroline Azevedo Simões CIRURGIÁ - DENTISTA CRO-BA-21981		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/2012	
---------------	--	---	--	---	--	---	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/2012
---	---