



2118662
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/11/1/2/4	4-Data de Autorização 12/5/11/1/2/4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13248512	7-Data Validade da Senha 12/3/10/2/12/5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025025306700065301	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 EDNO DOS SANTOS SANTIAGO JUNIOR	14-Telefone 30/07/2005 () -	15-Nome do titular do plano EDNO DOS SANTOS SANTIAGO JUNIOR
--	---------------------------------	--

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 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	

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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			25/11/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

143-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/11	144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	145-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	146-Total Quantidade US 34,00	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: *Managem de Abscasso periodontal associado a unidade 46, foi feita drenagem e prescrição*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/11/11 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/11 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/11 Edno dos Santos Santiago	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/11/11
---	---	--	---