



378240
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 24/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7884487	7-Data Validade da Senha 17/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202525306700041601									
13-Nome JARBAS VIEIRA DE JESUS				14-Telefone 25/06/1992		15-Nome do titular do plano JARBAS VIEIRA DE JESUS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958		24-UF BA	
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	24/09/2019		Jarbas
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/09/2019		Jarbas
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/09/2019		Jarbas
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/09/2019		Jarbas
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/09/2019		Jarbas
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00		S	24/09/2019		Jarbas
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/2019	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 239,00	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, 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 24/10/2019 Dra. Jéssica Farias CRO-BA 20060	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/2019 Dra. Jéssica Farias CRO-BA 20060	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/2019 Jarbas Vieira de Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/2019
--	--	---	---