



2487090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2015	4-Data de Autorização 01/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14439765	7-Data Validade da Senha 30/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700058002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709800052324797
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARIZIANE MENDES SANTOS	14-Data de Nascimento 26/11/1974	15-Telefone () - / -	16-Nome da Mãe do Paciente ELIEL ALVES DOS SANTOS
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-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 -
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			01/11/2015		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/2015	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 null	50-Justificativa: 81000057: PACIENTE COM SINTOMATOLOGIA NA UNIDADE 36 QUEIXA QUE O CURATIVO CAIU. ao exame clínico e radiográfico foi comprovado que com o curativo ainda está na unidade. Paciente encaminhado
-----------------------	---

51-Data, local e Assinatura do Dentista Solicitante 01/11/2015	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2015	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2015	54-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2015
---	---	---	---

Elis E. dos Santos Pabão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 21309

Elis E. dos Santos Pabão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA 21309