



584855
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/05/10 15/12/11	4-Data de Autorização 11/03/10 16/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8699940	7-Data Validade da Série 11/03/10 19/12/11
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10/02/02 525306700002191021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	---	---------------------------------------

13-Nome ISABELA DE JESUS LOPES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ISABELA DE JESUS LOPES
-----------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 925	21-Código na Carteira / CNPJ / CPF 16/09/13 1121060218711111	22-Nome do Condição Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Solicitante 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-Quantidade	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Preço Unitário	39-Ant	40-Data de Realização	41-Número da Guia	42-Valor	43-Valor Total	44-Valor Total	45-Valor Total	46-Valor Total	47-Valor Total	48-Valor Total	49-Valor Total
1	0	0	1	8	1	0	0	0	0	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 esta procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi 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.

Dr. Rafael S. F. Sales

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/10 15/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/05/10 15/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante
11/05/10 15/12/11

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/05/10 15/12/11