



2633587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/02/2016	4-Data de Autorização 11/02/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14905777	7-Data Validade da Senha 12/04/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

6-Número da Carteira 00202525306700033703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704608114987725
13-Nome VIVIANE SOLIDADE GONCALVES			14-Telefone (71) 9961-5598	15-Nome do titular do plano JOSE UILHAN AGUIAR LOPES	

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							

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 ODONTLOGICA DE			1	34,00	0,00		S	11/02/2016		Viviane
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/02/2016	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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
Curativo unidade 36

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/2016 Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião - Dentista CRO BA 23213	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2016 Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião - Dentista CRO BA 23213	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2016 Viviane J. Gonçalves CRO BA 23213	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/2016
--	--	---	---