



2491187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/2015	4-Data de Autorização 04/11/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14452445	7-Data Validade da Senha 03/12/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252530161700013401	9-Plano DOS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000259769201
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARCELO MACIEL LIMA	14-Telefone (71) 9634-4208	15-Assinatura do titular do plano MARCELO MACIEL LIMA
--------------------------------	-------------------------------	--

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	15,30			04/11/2015		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/11/2015	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\$ 15,30	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 Justificativa: 81000057: PACIENTE COM QUEIXA DE DOR NA UNIDADE 16 APOS FRATURA DA COROA PROTETICA DA UNIDADE. null	50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Assinatura do Beneficiário / Responsável Marcelo Maciel Lima
--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2015, Bahia, Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2015, Bahia, Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/11/2015, Bahia, Marcelo Maciel Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/11/2015
---	---	---	---