



1143895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10362182	7-Data Validade da Senha 14/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700059302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILUCIA NASCIMENTO DOS SANTOS		14-Telefone (11) 913081983	15-Nome do titular do plano VALMIR LINS DOS SANTOS		

16-Atendimento a RVN 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 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME / 210		23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			17/10/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00			17/10/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00			17/10/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00			17/10/2012		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00			17/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total 17,80	47-Valor Co-participação 0,00	48-Valor Total com Co-participação 17,80
--	--	---	-------------------------	----------------------------------	---

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			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2012, Dr. Caroline Vaz, CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2012, Dr. Caroline Vaz, CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2012, Valmir Lins dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2012
---	---	---	---