



970842
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/2015/12/2	4-Data de Autorização 11/12/2015/12/2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9871714	7-Data Validade da Senha 10/04/2018/12/2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202525306700049701	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 DENIVALDO SANTOS DE JESUS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENIVALDO SANTOS DE JESUS		

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE		1	36,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61,00	0,00		S	11/12/2015/12/2	
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/12/2015/12/2	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 239,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2015/12/2 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2015/12/2 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2015/12/2 Denivaldo Santos de Jesus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/2015/12/2
--	--	---	--