



1661623
INTERCÂMBIO

1-Identificação da Guia 1661623		2-Data de Autorização 12/03/11 09:12:31		3-Senha AUTORIZADO		4-Número da Guia Principal 11818572		7-Data Validade da Senha 12/03/11 09:12:31	
8-Identificação da Empresa 00000000000000000000000000000000				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 DANIELA DOS SANTOS TAVARES		14-Telefone 05/03/1989		15-Nome do titular do plano CLEBSON DOS SANTOS TAVARES	
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 1208028040000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24		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 ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			25/10/13		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

143-Data Previsão Término do Tratamento 25/10/13		144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		145-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		146-Valor Total US 34,00		147-Valor Total R\$ 0,00		148-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 Pulpa encerrada, foi feito acesso, medicação, extração, paciente encaminhado para			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 25/10/13, CRUZEIRO, 23213		51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 25/10/13, CRUZEIRO, 23213	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/13, CRUZEIRO, 23213		53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/13	