



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 2/12/14 4-Data de Autorização 12/12/10 12/12/14 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 12135237 7-Data Validade da Senha 10/06/10 15/12/14

1771351
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 15/02/02 5/3/06 7/0/06 6/6/01 1/1/11

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 SERGIO COSTA NUNES DOS SANTOS

10/03/1998

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano SERGIO COSTA NUNES DOS SANTOS

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

21-UF BA

22-UF BA

23-Código CNES

24-Código CBO S

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Código CBO S

21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 10/08/84 8/5/16 0/0/01 0/0/10 0/0/10 26-Nome do Profissional Excitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

22-Nome do Contratado Excitante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA

23-Número no CRO 8958

24-UF BA

25-Código CNES

26-Código CBO S

27-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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	010	82000816	EXODONTIA A RETALHO	14	1	73,00	0,00	0,00	0,00	12/12/14		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 11/02/14 11/02/14 11/02/14 11/02/14 11/02/14 44-Tipo de Faturamento 11 45-Total Quantidade US 73,00 46-Valor Total R\$ 73,00 47-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

48-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Dr. Ana Caroline Vaz 12/11/02/14/14 CRO-BA 24085 51-Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Dr. Ana Caroline Vaz 12/11/02/14/14 CRO-BA 24085 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/02/14/14 53-Data local e Assinatura da Empresa 12/11/02/14/14