

825920
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/21	4-Data de Autorização 23/11/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9431535	7-Data Validade da Senha 23/03/22
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306700051201	9-Plano FOS REDE PRESTADORA	10-Empresa CEFAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome FRANCISCO DOS SANTOS DE JESUS		14-Teléfono 05/08/1997	15-Nome do titular do plano FRANCISCO DOS 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
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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0085300047		RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HAID		1
3-0085300047		RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HASD		1
4-0085300047		RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HASE		1
5-0085300047		RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HAIE		1
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data previsão Término do Tratamento 23/11/21		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 178,00		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), 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 este 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 Solicitante 23/11/21					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/21					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/21					
53-Data, local e Carimbo de Empresa 23/11/21					