



1037714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/2012	4-Data de Autorização 05/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10064261	7-Data Validade da Senha 26/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700057001		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 GILMAR DOS SANTOS DO NASCIMENTO 29/04/1985			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILMAR DOS SANTOS DO NASCIMENTO	

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 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	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-Tabeta	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
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/07/2012		Gilmar
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/07/2012		Gilmar
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/07/2012		Gilmar
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/07/2012		Gilmar
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	05/07/2012		Gilmar
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/07/2012	44-Tipo de Atendimento Atendimento emergencial e não emergencial - atendimento emergencial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Empresa / Paciente em 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 Solicitante 05/07/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/07/2012
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958