



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/05 15 12 51	4-Data de Autorização 12/11/05 15 12 51	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13899836	7-Data Validade da Guia 11/09/10 18 11 25
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

2318696
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101020250253067000630021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11 11 11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LARISSA BATISTA MACHADO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAIQUE NASCIMENTO ALVES		

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 CRO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111	22-Nome de Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	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 CRO 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 Guia	42-Assinatura
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00	0,00			21/05/05		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data, local e Assinatura do Beneficiário	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Quantidade US 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$	47-Valor Total R\$	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), fulcram 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

Existe com sobras especial e exterior de 202 no unidade 14 causando mobilidade e dor intenso de
baixo, agora eu vou fazer um plano dental e vou começar a fazer o tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 21/05/05	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas CRO-BA 8958	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 21/05/05	53-Data, local e Assinatura da Empresa 21/05/05
---	---	---	--

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Paloma A. Gonçalves
Cirurgião Dentista
CRO-BA 23213

Machado

Paloma A. Gonçalves
Cirurgião Dentista
CRO-BA 23213