



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 13/01/08 4-Data de Autorização 13/11/08 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9006884 7-Data Validade da Guia 12/08/11 8-Data Validade da Guia 11/11/12

685913
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 10/02/02 5 2 5 3 0 6 7 0 0 4 5 3 0 1 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS

11-Data Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FRANCISCO BATISTA BISNETO

09/05/1992

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano FRANCISCO BATISTA BISNETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 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 16/9131206028711111 22-Nome do Contratado Exatante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

23-Número no CRO 8958

24-UF BA

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exatante 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	810000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				13/11/08		
2-101	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				13/11/08		
3-101	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				13/11/08		
4-101	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				13/11/08		
5-101	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				13/11/08		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento 13/11/08	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 / Coparticipação R\$							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 eu(s) procedimental(is) descrito(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/08/11/08