



2162980
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2015 4-Data de Autorização 11/01/2015 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 13382316 7-Data Validade da Sentia 11/01/2015

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010201251253106701010497021 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 DANIEL ANJOS SANTOS DE JESUS 14-Teléfono 04/11/2013 15-Nome do titular do plano DENIVALDO SANTOS DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN CLORP 17-Nome do Profissional Solicitante 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0884851600010101 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA 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 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-1010830000089		EXODONTIA SIMPLES DE	64	1		73,00	0,00			11/01/2015		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2015 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 173,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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), 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 11/01/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2015 53-Data, local e Cartão da Empresa 11/01/2015

Dr. R. S. Santos Paixão
Cirurgião-Dentista
0055 SANTOS PAIXÃO
Cirurgião-Dentista
0055 SANTOS PAIXÃO
Cirurgião-Dentista
0055 SANTOS PAIXÃO
Cirurgião-Dentista