



1427131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/10 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO 6-Número da Guia Principal 11151842 7-Data Validade da Senha 12/05/10 17/12/13

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025253067000617011 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 LENILSON FREIRE DOS SANTOS 15/07/1990 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano LENILSON FREIRE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento 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 181848516101011010 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

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 Class	42-Assinatura
1-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		06/05/10		
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		06/05/10		
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		06/05/10		
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		06/05/10		
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/05/10 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 10,00 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 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 (Beneficiário) 06/05/10 DR. MARCO ANTONIO DE CARVALHO 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Operadora) 06/05/10 DR. CAROLINE VAZ 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/10 Fm de SCS 53-Data local e Carimbo da Empresa 06/05/10