



1253999
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/12	4-Data de Autorização 09/01/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10660832	7-Data Validade da Senha 02/03/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525306700029502	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 JULIA IZABELLA SOUZA DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CHARLES HARRISON DOS SANTOS		

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 CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0884851600100		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- 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 Glosa	42- Assinatura
1-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	02/01/12		[Assinatura]
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/10/13	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 73,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 02/10/12 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/12 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/12 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/12 [Carimbo]
--	--	--	---

Paloma A. Gonçalves
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 23213

William S. Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO-BA 23213