



746364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/21	4-Data de Autorização 21/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9193011	7-Data Validade da Senha 18/01/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525306700024002	9-Plano FOS REDE PRESTADORA	10-Empresa CEFAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DENISE SANTOS ALVES	14-Teléfono 05/04/1986	15-Nome do titular do plano FIOQUE BATISTA SANTANA DE OLIVEIRA
--------------------------------	---------------------------	---

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/21		Dra. Maria
2	0085300047	RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/10/21		Dra. Maria
3	0085300047	RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/10/21		Dra. Maria
4	0085300047	RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/10/21		Dra. Maria
5	0085300047	RAS:PAGEM SUPRA-GIENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/10/21		Dra. Maria
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/21	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 / 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Maria Caroline Azevedo Simões CIRURGIÁ - DENTISTA CRO-BA - 21981	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Maria Caroline Azevedo Simões CIRURGIÁ - DENTISTA CRO-BA - 21981	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Denise Santos Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/21
--	--	--	---