



2471845
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14389928	7-Data Validade da Senha 17/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 707605212712595	
13-Nome FABIANO ROBERTO DE SOUZA				14-Telefone (71) 9216-2559		15-Nome do titular do plano FABIANO ROBERTO DE SOUZA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	
23-Número no CRO 14537		24-UF BA		25-Código CNES 7688776		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-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	18/10/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/11/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Esturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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
Justificativa: 81000057: UNIDADE 47 PULPITE IRREVERSÍVEL NECESSITANDO DE ACESSO ENDODONTICO E TRATAMENTO POSTERIOR.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2019 Ana Carolina Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2019 Ana Carolina Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2019 Fabiano Roberto de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2019
---	---	---	---