



1439128
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/05/10 3-Data de Autorização 10/05/10 4-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 1439128 7-Data Validade da Semina 10/03/10 8-Validade da Semina 10/03/10 9-Validade da Semina 10/03/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 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 PAULO RICARDO PEREIRA BEZERRA 13/05/1990 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAULO RICARDO PEREIRA BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 17-Atendimento a RN RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0802804000111 22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24 23-Número no CRO 14537 24-UF BA 25-Código CNE S 7688776

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CRO 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
1-0	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00					
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 Previsto Término do Tratamento 10/05/10 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 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) designado(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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

Paciente com sintomatologia dolorosa na unidade 37, dor no lado esquerdo, por falta de acesso na unidade 37, dor no lado esquerdo.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/10

Dr. Rodrigo de Sousa M. Mascarenhas
CRO-BA-88958
Elis E. dos Santos Paixão
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA-21869