



1871994
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/05/24	4-Data de Autorização 04/05/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12448707	7-Data Validade da Senha 02/08/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 002025025306700067002		13-Nome ANDERSON DOS SANTOS DA SILVA		14-Telefone () -		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do titular do plano FABIANE RIOS DE ALMEIDA	

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		23-Número no CRO 14537		24-UF BA	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA		25-Código CNES 7688776		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-	0	0	8	1	0	0	0	0	5	7		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1		3	4	0	0			0	0	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									</

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/10/24	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 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 Período de 48h, preferencialmente e encaminhamento para especialista	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/05/24 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/05/24 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/05/24 Anderson dos Santos da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/05/24