



1833295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/24	4-Data de Autorização 23/04/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12323397	7-Data Validação da Senha 30/06/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

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 00202525306700062202		13-Nome ADNEIA PEREIRA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	
		15-Nome do titular do plano ALEX JESUS SANTOS		30/12/1988	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/04/24		Adneia
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88,00	0,00		S	23/04/24		Adneia
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	23/04/24		Adneia
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	23/04/24		Adneia
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	ID	1	88,00	0,00		S	23/04/24		Adneia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Emissão Termino do Tratamento 23/04/24	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 332,00	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 23/04/24 Drª Jaqueline Oliveira Cirurgiã-Dentista CRO-BA: 24957	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/24 Drª Jaqueline Oliveira Cirurgiã-Dentista CRO-BA: 24957	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/24 Alex Jesus Santos Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/04/24
--	--	--	---