



2105602
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/24	4-Data de Autorização 14/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13213665	7-Data Validade da Senha 12/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700020601	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 JERONIMO EDUARDO DOS SANTOS FILHO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JERONIMO EDUARDO DOS SANTOS FILHO
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	
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-Dental/Raio	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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OV	1	88,00	0,00		S	14/11/24		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	14/11/24		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	14/11/24		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/11/24	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 542,00	47-Total Franquia / Co-participação 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 14/11/24 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 14/11/24 Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/24 Jeronimo Eduardo dos Santos Filho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/11/24
---	---	--	---