



2372464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/17 12:5	4-Data de Autorização 05/10/17 12:5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14075695	7-Data Validade da Senha 03/10/19 12:5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700058002	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 MARIZIANE MENDES SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIEL ALVES DOS SANTOS	

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
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-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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00		S	05/07/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/07/23	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

Dedaro, 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 05/07/23 Dr. Jacqueline Oliveira Cirurgião-Dentista CRO-BA: 24957	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/07/23 Dr. Jacqueline Oliveira Cirurgião-Dentista CRO-BA: 24957	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/07/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/07/23
--	--	---	---