



1666352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/23	4-Data de Autorização 28/10/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11832386	7-Data Validade da Senha 26/01/24
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700037901	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 THIAGO WILLIAMES PAIM DE LIMA		14-Telefone 07/07/1994	15-Nome do titular do plano THIAGO WILLIAMES PAIM DE LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	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 (I) 85100200

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	26	OD	1	88,00	0,00			28/10/23		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00			28/10/23		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			28/10/23		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/23	44-Tipo de Atendimento 1 - Tratamento Convencional 2 - Especializado 3 - Odontologia 4 - Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 264,00	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 28/10/23, Cirurgião-Dentista, CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/23, Cirurgião-Dentista, CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/23
---	---	---	---