



2445456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 8 / 2 5	4-Data de Autorização 3 0 / 0 8 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14311445	7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 0 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 5 9 3 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008561116409
13-Nome MARILUCIA NASCIMENTO DOS SANTOS			14-Telefone 13/08/1983	15-Nome do titular do plano VALMIR LINS DOS SANTOS		

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 2 0 8 0 2 8 0 4 0 0 0 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776		
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		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-	0 0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	3 4 0 0	0,00			30/08/25		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/08/25	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 4 0 0	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
Justificativa: 81000057: UNIDADE 21. *fratura de coroa, feita restauração provisória.*
null

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/25 <i>[Assinatura]</i> Dra. <i>Angela Caroline Vaz</i> Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/25 <i>[Assinatura]</i> Dra. <i>Angela Caroline Vaz</i> Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/25 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/08/25
---	---	---	---