



1933040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2016	4-Data de Autorização 11/07/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12652012	7-Data Validade da Senha 12/09/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700054501		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 LEVI MARTINS DE SOUZA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEVI MARTINS DE SOUZA	

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	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
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\$							
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00					S	11/07/24		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPM	1	122,00	0,00					S	11/07/24		
3-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00					S	11/07/24		
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/07/24	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 298,00	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 11/07/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/24
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958