



1009369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 6 / 0 6 / 2 2	4-Data de Autorização 0 8 / 0 6 / 2 2	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9983721	7-Data Validade da Senha 0 4 / 0 9 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 5 3 0 0 1				13-Nome DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA	

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 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME		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			

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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	6 1 0 0	0 0 0			0 8 / 0 6 / 2 2		
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	M	1	6 1 0 0	0 0 0			0 8 / 0 6 / 2 2		
3	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	8 8 0 0	0 0 0			0 8 / 0 6 / 2 2		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 0 8 / 0 6 / 2 2	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 12 1 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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 no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

Assinatura:

Ana Luísa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

Ana Luísa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

Dionatan Leno Jesus da S. Oliveira