



2002495
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/8124	4-Data de Autorização 31/10/8124	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12879001	7-Data Validade da Senha 21/11/124
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

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 00202525306700031803		13-Nome DAVI OLIVEIRA DE ARAUJO SANTOS		14-Telefone () 9139-1258		15-Nome do titular do plano EDVALDO DE ARAUJO SANTOS		16-Data de Realização 02/07/2017	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 10		25 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES 6127290	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA		27-Número no CRO 8958		28-UF BA		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS									

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	31/03/24		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	31/03/24		
3	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	64		1	73,00	0,00		S	31/03/24		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/03/24	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 247,00	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 31/03/24	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/03/24	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/03/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/03/24
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 6958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 6958