



2413037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/25	4-Data de Autorização 29/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14206925	7-Data Validade da Senha 05/10/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025025306700069501		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 JAIR NEVES DE JESUS			14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano JAIR NEVES DE JESUS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10
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		26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF BA
29-Código CBO S					

025 -
Faturar Empresa

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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	29/09/25		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/09/25		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	29/09/25		
4-00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/09/25		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/09/25	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 280,00	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 29/09/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 29/09/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/09/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/09/25
---	--	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
CRO-BA 8958

Dra Jaqueline Santos