



2469280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14381293	7-Data Validade da Senha 16/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025025306700069601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702401549830721
13-Nome JANICLER OLIVEIRA SANTOS SOUZA		14-Telefone 25/11/084	15-Nome do titular do plano JANICLER OLIVEIRA SANTOS SOUZA		

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-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		26-Número no CRO 8958	27-UF BA	28-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			18/10/2019		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 18/10/2019	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 144,00	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			
Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas			
50-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista 18/10/2019 CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 18/10/2019 Dra. Mailang Borges Cirurgião Dentista CRO-BA 28623	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2019