



2150298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/12/24	4-Data de Autorização 14/01/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13347423	7-Data Validade da Senha 19/03/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025025306700068801	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 GUILHERME DE ALMEIDA SANTANA		14-Telefone 02/08/2003	15-Nome do titular do plano GUILHERME DE ALMEIDA SANTANA	

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	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) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	88,00	0,00		S	14/01/25		Guilherme
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	14/01/25		Guilherme
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/25	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 176,00	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 14/01/25 Dra. Emilly Ribeiro S. Souza CRO-BA 27050	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 14/01/25 Dra. Emilly Ribeiro S. Souza CRO-BA 27050	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/01/25 Guilherme	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/25
---	--	--	---