

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/07/22		4-Data de Autorização 26/07/22		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 10172836		7-Data Validade da Senha 24/10/22		1075853 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 00202525306700042501				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 LEANDRO PEREIRA DE ALMEIDA				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano LEANDRO PEREIRA DE ALMEIDA					
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 08848516000100				22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME				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					

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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00					Leandro
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00					Leandro
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/22		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 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
--	--	---	--	--	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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 autorizado(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
26/10/22

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
26/10/22 Leandro Almeida

53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/10/22

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958