



1128126
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/22	4-Data de Autorização 05/09/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10321547	7-Data Validade da Senha 30/11/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

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
-----------------------	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARCOS PAULO OLIVEIRA MELO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS PAULO OLIVEIRA MELO
---------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		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	46	V	1	61,00	0,00		S	06/09/22		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00		S	06/09/22		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	06/09/22		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/22	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 183,00	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.

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/22 Ana Luisa B. Fontes CRO-BA 22290	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/22 e Herdon	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/10/22
---	--	---