



1997286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/24	4-Data de Autorização 12/01/08/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12862582	7-Data Validade da Senha 18/11/24
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Número da Carteira 002025025306700010704	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
-------------------------	--	---	---------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

14-Nome KARINA BATISTA DE SOUSA	15-Data de Nascimento 22/03/1975	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano ALTAMIR ARAUJO DA SILVA
------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	20-Número no CRO 8958	21-UF BA	22-Código CBO S 10	23-025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	25-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	26-Número no CRO 8958	27-UF BA	28-Código CNES 6127290
---	--	--------------------------	-------------	---------------------------

29-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	30-Número no CRO 8958	31-UF BA	32-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			16/03/24		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00			16/03/24		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

46-Data de Emissão da Guia 12/01/08/24	47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Envolvimento 1-Total 2-Parcial	49-Valor Total US 178,00	50-Valor Total R\$ 0,00	51-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.

52-Observação

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/03/24 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/24 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/24 Karina Batista de Sousa	56-Data, local e Carimbo da Empresa 16/03/24
--	--	--	---