



2448552
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2019	4-Data de Autorização 09/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14320761	7-Data Validade da Senha 01/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 00202525306700008302		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903760906410
--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARIA DOS ANJOS SOUZA SANTOS	14-Telefone 08/01/1988	15-Nome do titular do plano JOSIVAN SOUZA DE 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) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S		

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	32	VIM	1	122,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VMI	1	122,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VDM	1	122,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	VDI	1	122,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
5-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	88,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	09/09/25		M ^o dos Anjos
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 09/09/25	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 752,00	47-Valor total na 0,00	48-Valor total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	---------------------------	---

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 09/09/25 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/09/25 Ana Caroline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/25 M ^o dos Anjos S. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/09/25
--	--	--	---