



2084363
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 1 0 / 2 4	4-Data de Autorização 2 9 / 1 0 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13143672	7-Data Validade da Senha 2 7 / 0 1 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 2 0 6 0 1	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 JERONIMO EDUARDO DOS SANTOS FILHO		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JERONIMO EDUARDO DOS SANTOS FILHO	

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 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0	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	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
3	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
4	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
5	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
6	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VP	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
7	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VP	1	8 8 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
8	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
9	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	6 1 0 0	0,00	0,00	S	29/10/24		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/24	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 6 3 0 0 0 0	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 29/10/24 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/24 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/24 Jeronimo Eduardo dos Santos Filho	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/24
---	---	--	---