



1408185
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/23	4-Data de Autorização / /	5-Senha AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 11099023	7-Data Validade da Senha 10/07/23
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------------

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	
8-Número da Carteira 00202525306700061701									
13-Nome LENILSON FREIRE DOS SANTOS				14-Telefone 15/07/1990		15-Nome do titular do plano LENILSON FREIRE DOS SANTOS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		18-Número no CRO 8958		19-UF BA		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 20802804000111		22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA - EPP (EMERGENCIA 24)		23-Número no CRO 14537		24-UF BA		25-Código CNES 7688776	
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 Glor	42-Assinatura
1-	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			11/04/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/04/23	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 0,00	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. 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 Paciente com dor pulsatil e latente na unidade 13, onde se havia tratamento endodôntico prévio dando positivo no teste de percussão vertical, foi feita prescrição e encaminhamento para especialista.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/04/23 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/23 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/04/23