



1343140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/02/23	4-Data de Autorização 15/03/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10905992	7-Data Validade da Senha 17/05/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202525306700058401		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		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		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-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/03/23		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/03/23		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/03/23		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/03/23		
5-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/03/23	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 178,00	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	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/03/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/03/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/03/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/03/23
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 8958

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião-Dentista
CRO-BA 8958