



1004074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/22	4-Data de Autorização 01/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9968558	7-Data Validade da Senha 30/08/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 00202525306700053001		13-Nome DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA		14-Telefone 22/07/1987		15-Nome do titular do plano DIONATAN LENO JESUS DA SILVA OLIVEIRA			

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 69312060287		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		23-Número no CRO 8958		24-UF BA		25-Código CNES			
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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			01/06/22		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			01/06/22		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			01/06/22		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			01/06/22		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			01/06/22		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/06/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo 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 os procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, com a compreensão de arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		50-Data de Emissão da Guia 01/06/22		51-Data de Autorização 01/06/22		52-Data de Realização 01/06/22	
Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290		Ana Luisa B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA 22290		Dionatan Leno J. da S. Oliveira			