



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/09/25	4-Data de Autorização 08/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14316278	7-Data Validade da Senha 31/10/25
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202525306700054601			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JACKSON PEDRO SENA SANTOS	
13-Nome JACKSON PEDRO SENA SANTOS			18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES 6127290
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100			26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00			08/09/25		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00			08/09/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
176,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/09/25

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/09/25

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/09/25

53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/09/25

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima expressado, 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 estatutária. 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.

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
Cirurgião Dentista
CRO-BA 8958