



1997778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/81/24	4-Data de Autorização 21/10/81/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12864193	7-Data Validade da Senha 19/11/11/24
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700018001	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 MARK GILENO DOS SANTOS GOMES		14-Telefone (71) 9708-0090	15-Nome do titular do plano MARK GILENO DOS SANTOS GOMES	

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 20802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	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

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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00			21/08/24		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/08/24	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 34,00	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 compareceu a clínica com queixa de dor em unidade 22, foi feito teste de vitalidade e diagnóstico pulpa inervado, foi feito alongamento, moldagem negativa e paciente encaminhado p/ especialista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/08/24 Dra Jaqueline Santos Cirurgiã Dentista CRO-BA 25097	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/24 Jaqueline Santos Cirurgiã Dentista CRO-BA 25097	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/24
--	--	---	---