



1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	11/08/23
4-Data de Autorização	11/08/23
5-Senha AUTORIZADO	
6-Número da Guia Principal	11577302
7-Data Validade da Senha	11/01/23

9- Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 1 8 4 0 4
9a- Plano	POS REDE PRESTADORA
10- Empresa	CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS
11- Data Vencimento da Carteira	/ /
12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome	SAUL MACIEL RODRIGUES LIMA
14- Telefone	() -
15- Nome do titular do plano	MARCELO MACIEL LIMA
	27/06/2016

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Abandono 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 18 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0 1	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F. 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- 0	0	1	8	4	0	0	0	9	0					
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR														
2- 0	0	1	8	1	0	0	0	6	5					
CONSULTA ODONTOLÓGICA														
3- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
PROFILAXIA- POLIMENTO														
4- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
5- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
6- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
7- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
8- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
9- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
10- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
11- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
12- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
13- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
14- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				
15- 0	0	1	8	4	0	0	0	1	9	8				

43- Data: 28/08/2021

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: 246,00

47- Valor Total R\$: 10,00

48- Total Franquia - Co-participação R\$: 0,00

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) acima e por mim assumido(s), foi(ram) 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-Obseřvaçãõ

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Elis E. dos Santos Paixão

CRO-BA: 21869

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

191081123

Elis E. dos Santos Paixão

CRO-BA: 21869

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12110181/22

53-Data Local e Carimbo da Empresa

12/10/20