



2461369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/25	4-Data de Autorização 15/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14359301	7-Data Validade da Senha 10/11/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306700008302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903760906410	
13-Nome MARIA DOS ANJOS SOUZA SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIVAN SOUZA DE SANTANA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100			22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA		
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

025 -
Faturar Empresa

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-	0082000948	GENGIVOPLASTIA	S3		1	144,00	0,00		S	15/09/25		
2-	0082000948	GENGIVOPLASTIA	S2		1	144,00	0,00		S	15/09/25		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

143-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/25	144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	145-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	146-Total Quantidade US 288,00	147-Valor Total R\$ 0,00	148-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
null Ato 82000948: Apresentar justificativa para autorizacao do procedimento Ato 82000948: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 82000948: Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 82000948: Apresentar justificativa para autorizacao do procedimento Ato 82000948: Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 82000948: Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/09/25 Dra. Angéline Vaz	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/09/25 Dra. Angéline Vaz CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/25 Maria dos Anjos S. Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/09/25
---	---	--	---