



1158684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064149	2-Sistema AUTOMATIZADO	3-Data de Emissão da Guia 24/09/2022	4-Data de Autorização 24/09/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10401455	7-Data Validade da Senha 23/12/2022
---------------------------	---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 0020253067000593021		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 MARILUCIA NASCIMENTO DOS SANTOS		14-Telefone VALMIR 13/08/1983	15-Nome do titular do plano VALMIR LINS DOS SANTOS		

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 08848516000100	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 (I) 85100200	

30-Tabella	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	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	24/09/22		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	24/09/22		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/22	44-Tipo de Atendimento: Tipo de Faturamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US (participação R\$)	47-Valor Total R\$	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/22 Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/22 Ana Caroline Vaz Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/22 Marilucia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/09/22
---	---	---	---