



1409262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 4 / 2 3	4-Data de Autorização 1 4 / 0 4 / 2 3	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11102254	7-Data Validade da Senha 1 1 / 0 7 / 2 3
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 5 3 0 6 7 0 0 0 0 6 0 4	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 SARA VITORIA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE FABIO DA SILVA	

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 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0	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 (II) 85100200

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-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 0 0	0,00		S	14/04/23		Sara Vitoria
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	PO	1	8 8 0 0	0,00		S	14/04/23		Sara Vitoria
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	8 8 0 0	0,00		S	14/04/23		Sara Vitoria
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/04/23	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 2 3 7 0 0	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

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dr. William Henrique S. Bezerra Cirurgião-Dentista CRO-BA 24.924	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Dr. William Henrique S. Bezerra Cirurgião-Dentista CRO-BA 24.924	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Sara Vitoria F. da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/04/23
---	--	---	---