



1616889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2019	4-Data de Autorização 20/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11691170	7-Data Validade da Senha 19/12/2023
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202525306700051501	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 RONAFLIS GONCALVES DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RONAFLIS GONCALVES DOS SANTOS
--	----------------------	--

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 - EPP (EMERGENCIA 24	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			20/10/2019		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2019	44-Tipo de Atendimento Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Consultas 4 Tratamento Emergencial	45-Tipo de Faturamento Total 2 Parcelas	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, 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 Nenhuma alteração no plano de tratamento, com exceção da unidade 45, para a mesma
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2019
---	---	---	---

Dra. Jessica L. de Queiroz
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA - 14.337

Dra. Jessica L. de Queiroz
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA - 14.337