



1145177
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4064149	2-Data de Emissão da Guia 16/10/2022	3-Data de Autorização 16/10/2022	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 10366013	6-Data Validade da Senha 15/11/22
---------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202525306700051001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/22	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WELLYSON FERREIRA NASCIMENTO		14-Telefone (11) 28081998	15-Nome do titular do plano WELLYSON FERREIRA NASCIMENTO		

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	

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	3400	0,00			16/10/22		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/02/23	44-Tipo de Atendimento Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US 3400	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 Paciente compareceu a clínica com dor e edema na unidade 48, com pericoronarite, foi feita irrigação prescrição medicamentosa e encaminhamento para exodontia.	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2022, Dr. Carolina V. Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2022, Dr. Carolina V. Cirurgiã-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2022, Wellyson	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2022
---	---	---	---	---