



2185976  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/01/25 | 4-Data de Autorização<br>27/01/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13455092 | 7-Data Validade da Senha<br>27/04/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário:

|                                                |                                |                                                      |                                     |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0002025025306700072103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS              | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>NADIANE SILVEIRA DE SOUZA           | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>ANDERSON SANTOS SILVA |                                     |                                       |

Dados do Contratado e Responsável pelo Tratamento

|                                                       |                                                                  |                          |             |                           |                             |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------------|
| 16-Identificação e RN<br>N                            | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLIORP                    | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>10     | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CFP<br>08848516000100 | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290 | Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 26-Código da Operadora / CNPJ / CFP<br>08848516000100 | 27-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA | 28-Número no CRO<br>8958 | 29-UF<br>BA | 30-Código CBO S<br>10     |                             |

| 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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 44              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/01/25              |                    |               |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 45              | OM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/01/25              |                    |               |
| 3         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>27/01/25 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>149,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Dedaro, 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<br>27/01/25 Dr. Jaqueline Oliveira<br>CRO-BA: 24957 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/01/25 Dr. Jaqueline Oliveira<br>CRO-BA: 24957 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/01/25 Anderson Santos Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>27/01/25 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|