



1043943  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/07/22 | 4-Data de Autorização<br>06/07/22 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>10082398 | 7-Data Validade da Senha<br>30/09/22 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                                            |                                         |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 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 |
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700058201 |  | 13-Nome<br>ADVAN FURTADO DO NASCIMENTO                     |                                         | 14-Telefone<br>( ) -                |                                       |
|                                              |  | 15-Nome do titular do plano<br>ADVAN FURTADO DO NASCIMENTO |                                         |                                     |                                       |

|                                                       |                                                                  |                                                                       |             |                                                                 |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento       |                                                                  | 18-Número no CRO<br>8958                                              | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                              | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 23-Número no CRO<br>8958                                              | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290                                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08848516000100 |                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME |             | 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |
|                                                       |                                                                  | 27-Número no CRO<br>8958                                              | 28-UF<br>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         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                  |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/07/22              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD             |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/07/22              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID             |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/07/22              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE             |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/07/22              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE             |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 06/07/22              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                  |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>06/07/22 | 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>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 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>06/07/22 Dr. Vanessa N. Santos<br>CRO-BA: 23026 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>06/07/22 Dr. Vanessa N. Santos<br>CRO-BA: 23026 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/07/22 Advan Furtado do Nascimento | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>06/07/22 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|