



1167743  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                       |                                           |                                                                  |                                        |                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>30/09/22                                 | 4-Data de Autorização<br>03/10/22         | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                            | 6-Número da Guia Principal<br>10427714 | 7-Data Validade da Senha<br>29/12/22        |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                                       |                                           |                                                                  |                                        |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>00202522597600004301                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                        | 10-Empresa<br>ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  |                                             |
| 13-Nome<br>LEANDRO DE SOUZA MARTINS DE MATOS                    |                                                                       | 14-Telefone<br>( ) -                      | 15-Nome do titular do plano<br>LEANDRO DE SOUZA MARTINS DE MATOS |                                        |                                             |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                       |                                           |                                                                  |                                        |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS      | 18-Número no CRO<br>8958                  | 19-UF<br>BA                                                      | 20-Código CBO S                        | 025 -<br>Faturar Empresa                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08848516000100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME | 23-Número no CRO<br>8958                  | 24-UF<br>BA                                                      | 25-Código CNES<br>6127290              | Enviar - RX<br>(I) 85100200<br>(I) 85100200 |
| 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         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 35              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/10/22              |                    |               |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA Rx | 34              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/10/22              |                    |               |
| 3         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA Rx | 23              | PD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/10/22              |                    |               |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 26              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/10/22              |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>03/10/22 | 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>298,00 | 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 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<br>03/10/22<br>Dra. Ana Caroline Vaz<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA 24085 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>03/10/22<br>Dra. Ana Caroline Vaz<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA 24085 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/10/22 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>03/10/22 |