



2-1*

2090459
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/24	4-Data de Autorização 01/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13164108	7-Data Válida da Senha 30/01/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306700038602					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CERAMUS BAHIA SA PRODUTOS		11-Data Válida da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GEOVANA DOS ANJOS SILVA CARVALHO					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Telefone () 8157-1582		15-Nome do titular do plano EUDES CARVALHO DE SANTANA DOS ANJOS			
16-Atendimento a RH N					
17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO					
18-Número no CRO 16493		19-UF BA		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07086856000170		22-Nome do Contratado Executante ORAL D AVILA CLINICA ODONTOLOGICA LTDA		23-Número no CRO 16493	
24-UF BA		25-Código CNES 9641629		26-Nome do Profissional Executante CAMILA COUTO DE LUCENA DE ARAUJO	
27-Número no CRO 16493		28-UF BA		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/12/24		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,00	0,00		S	18/12/24		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	18/12/24		
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	18/12/24		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 327,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Cirurgião-Dentista Responsável 18/12/24 CRO: 16493	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 18/12/24 CRO: 16493	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/24 Dr. Camila Lucena CRO: 16493