



690613  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/09/21 | 4-Data de Autorização<br>02/09/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9019010 | 7-Data Validade da Senha<br>01/12/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                         |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700013702 | 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>RAQUEL DE OLIVEIRA BARRETO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>EYDER COSME BARRETO DOS SANTOS |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|

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>69312060287              | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS    | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA     | 25-Código CNES  |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 27-Número no CRO<br>8958                                         | 28-UF<br>BA              | 29-Código CBO S |                 |                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 |        | 02/09/21              |                    | Eyder         |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 |        | 02/09/21              |                    | Eyder         |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 |        | 02/09/21              |                    | Eyder         |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 3,50             | 0,00     |                                 |        | 02/09/21              |                    | Eyder         |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>02/09/21 | 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>140,00 | 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 Cirurgião-Dentista Solicitante<br>02/09/21 [Assinatura] | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/09/21 [Assinatura] | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/09/21 Eyder Barreto | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>02/09/21 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

Dr. Jennifer Alex da S. Santos  
CIRURGIÁ DENTISTA  
CRO-BA-21861

Dr. Jennifer Alex da S. Santos  
CIRURGIÁ DENTISTA  
CRO-BA-21861