



2468813  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/10/2019 | 4-Data de Autorização<br>17/10/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>14379891 | 7-Data Validade da Senha<br>16/11/2025 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                          |                                     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                    |                                     |
| 8-Número da Carteira<br>002025025306700072001            | 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<br>703405217784216 |                                     |
| 13-Nome<br>EDSON DE SOUZA VIEIRA                         | 14-Telefone<br>( ) -                |
| 15-Data de Nascimento<br>12/11/1967                      |                                     |
| 15-Nome do titular do plano<br>EDSON DE SOUZA VIEIRA     |                                     |

|                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                  |
| 16-Atendimento a 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 - Faturar Empresa                                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<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                                       |                                                                  |
| 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         | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE | 14              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 17/10/2019            |                    |               |
| 2         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                   |                            |                                       |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/10/2019 | 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 Quantitativo US<br>73,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Valor 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>17/10/2019<br>Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA 8958 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/10/2019<br>Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA 8958 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/10/2019 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>17/10/2019 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|