



1533966  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/10/2013 | 4-Data de Autorização<br>18/10/2013 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11453712 | 7-Data Validade da Senha<br>16/11/2013 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |                                |                                         |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |                                |                                         |                                     |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700000302 | 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>PEDRO HENRIQUE CARVALHO DO VALE | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>NATIARA GONCALVES DE CARVALHO |
|--------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                  |                          |             |                                          |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------------------|
| 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<br>025 - Faturar Empresa |

|                                                      |                                                                       |                          |             |                           |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>8848516000100 | 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 |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 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-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLOGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 18/10/2013            |                    |               |
| 2-        | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | S      | 18/10/2013            |                    |               |
| 3-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                    |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>18/10/2013 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Fratura | 46-Total Quantidade US<br>1.060,00 | 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>18/10/2013 Elis E. dos Santos Paixão<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA: 21869 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/10/2013 Elis E. dos Santos Paixão<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA: 21869 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/10/2013<br>NATIARA GONCALVES DE CARVALHO | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>18/10/2013 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|