



401103  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/11/2010 | 4-Data de Autorização<br>04/11/2010 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7979632 | 7-Data Validade da Senha<br>19/01/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |  |                                              |                                |                                                       |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 8-Número da Carteira<br>00202525306700013402 | 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>FERNANDA DEISE BATISTA DOS SANTOS |  | 14-Telefone<br>13/12/1989                    |                                | 15-Nome do titular do plano<br>UELITON DA CRUZ 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<br>Enviar - RX<br>(I) 85100200 |
| 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                                                  |                          |             |                 |                                                         |

| 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 de Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 5-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 6-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 44              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 04/11/2010            |                    | Fernanda      |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>04/11/2010 | 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>266,00 | 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<br>04/11/2010 Dr. Jéssica L. de Queiroz<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA-14.537 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>04/11/2010 Dr. Jéssica L. de Queiroz<br>Cirurgiã-Dentista<br>CRO-BA-14.537 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04/11/2010 Fernanda D. B. dos Santos | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>04/11/2010 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|