



838039  
INTERCÂMBIO

|                          |                                          |                                      |                       |                                       |                                         |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/10/11/22 | 4-Data de Autorização<br>13/10/11/22 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9462338 | 7-Data Validade da Senha<br>13/10/11/22 |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                   |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700042902 |  | 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>ANA CLARA SOARES DOS SANTOS       |  | 14-Telefone<br>10/11/2014      | 15-Nome do titular do plano<br>GEILSON DOS SANTOS |                                     |                                       |

|                                                                 |  |                                                                  |  |                          |                 |                                          |
|-----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 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>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 da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE | 85              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 13/10/11/22           |                    | Maria         |
| 2-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                      |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                       |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>13/10/11/22 | 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>73,00 | 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>13/10/11/22 CRO-BA 8958 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>13/10/11/22 CRO-BA 8958 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/10/11/22 Maria Helena | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>13/10/11/22 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|