



1852272  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                        |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/10/2014 | 4-Data de Autorização<br>04/10/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>12382354 | 7-Data Validade da Senha<br>15/10/2014 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |  |                                                            |                                         |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 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 |
| 8-Número da Carteira<br>00202525306700001402 |  | 13-Nome<br>ENZO ANTUNES MATOS                              |                                         | 14-Telefone<br>( ) -                |                                       |
|                                              |  | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS ANDRE DE JESUS MATOS |                                         |                                     |                                       |

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 -<br>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                             |

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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 74              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     | S                               |        | 04/10/2014            |                    |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 75              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     | S                               |        | 04/10/2014            |                    |               |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     | S                               |        | 04/10/2014            |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>04/10/2014 | 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>183,00 | 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 no 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>04/10/2014 Elis E. dos Santos Póixio<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA: 21869 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>04/10/2014 Elis E. dos Santos Póixio<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA: 21869 |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>04/10/2014 Carlos Andre de Jesus Matos                                          | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>04/10/2014                                                                                |