



1026733
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/06/12/21	4-Data de Autorização 12/11/06/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10034894	7-Data Validade da Senha 19/10/9/12/21
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202519983600046403		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUÇOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EVELYN DE JESUS OLIVEIRA				14-Telefone 03/02/2010	15-Nome do titular do plano EDINALDO SILVA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100		22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME		23-Número no CRO 8958		24-UF BA	25-Código CNES 6127290		
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958		28-UF BA	29-Código CBO S				

30-Tabeta	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 ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/6/12/21		Ana Lúcia
2-0084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00		S	21/10/6/12/21		Ana Lúcia
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/06/12/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 106,00	47-Valor Total R\$ 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(ram) 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 21/10/6/12/21 Ana Lúcia B. Fontes Cirurgiã Dentista CRO-BA-22290		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/6/12/21 [Assinatura]		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/6/12/21 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/6/12/21	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--