



1432435  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/05/23 | 4-Data de Autorização<br>05/05/23 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11167052 | 7-Data Validade da Senha<br>31/07/23 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                              |                                |                                        |                                     |                                       |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>00202555446900000103 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>FLORBELA LEITE DE BARROS | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                               |                      |                                                         |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LUIZ ALBERTO NUNES | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>FLORBELA LEITE DE BARROS |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------|

|                                                                 |                                                                  |                                                                       |             |                           |                          |                 |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                  | 18-Número no CRO<br>8958                                              | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa |                 |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 23-Número no CRO<br>8958                                              | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290 |                          |                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>8848516000100            |                                                                  | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME |             | 27-Número no CRO<br>8958  | 28-UF<br>BA              | 29-Código CBO S |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |                                                                  |                                                                       |             |                           |                          |                 |

| 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         | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 44              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 05/05/23              |                    |               |
| 2         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>05/05/23 | 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 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>05/05/23<br>Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas<br>Cirurgião - Dentista<br>CRO - BA 8958 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>05/05/23<br>Dr. Gabrielle Rodrigues<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 24928 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/05/23<br>Luiz Alberto Nunes | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>05/05/23<br>Dr. Gabrielle Rodrigues<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO - BA 24928 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|