



1-Registro ANS 406414  
 3-Data de Emissão da Guia 12/10/15  
 4-Data de Autorização 10/3/16  
 5-Semeta AUTORIZADO  
 6-Número da Guia Principal 11246428  
 7-Data Validade da Semeta 12/10/18

1461020  
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 010210255544690001010101  
 9-Plano POS REDE PRESTADORA  
 10-Empresa FLOREBELA LEITE DE BARROS  
 11-Data Validade da Carteira  
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FLOREBELA LEITE DE BARROS  
 14-Teléfono ( )  
 15-Nome do titular do plano FLOREBELA LEITE DE BARROS

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 / CNPU / CPF 884851600011001  
 22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME  
 23-Número no CRO 8958  
 24-UF BA  
 25-Código CNES 6127290  
 Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS  
 27-Número no CRO 8958  
 28-UF BA  
 29-Código CBO S (1) 85100200 (1) 85100200

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Fregio	34- Faço	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anl	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia 42- Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	DP	1	8,80	0,00			06/10/15	[Assinatura]
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	DP	1	8,80	0,00			06/10/15	[Assinatura]
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	DO	1	8,80	0,00			06/10/15	[Assinatura]
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	8,80	0,00			06/10/15	[Assinatura]
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência  
 16- Total 35  
 17- Total 2100

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), (for) 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: 03/10/15 [Assinatura]  
 51- Data Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/10/15 [Assinatura]  
 52- Data Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 03/10/15 [Assinatura]  
 53- Data Local e Carimbo da Empresa: 03/10/15 [Assinatura]