



1433700
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/05/23	4-Data de Autorização 03/05/23	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11170853	7-Data Validade da Senha 31/07/23
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FLORBELA LEITE DE BARROS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020255544690000101									
13-Nome FLORBELA LEITE DE BARROS				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FLORBELA LEITE DE BARROS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alendimento 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 8848516000100		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-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	25	D	1	61,00	0,00		S	03/05/23		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	03/05/23		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	03/05/23		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/05/23	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 183,00	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/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 03/05/23 CRO-BA 24085		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/05/23 CRO-BA 24085		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/05/23 Florbela Leite		53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/05/23	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--