



2620589
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/01/2026	4-Data de Autorização 30/01/2026	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14861010	7-Data Validade da Senha 31/03/2026
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202551297200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708201648927449
13-Nome SELMA BARROS DO O		14-Telefone (11) 9236-0066	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Data de Nascimento 07/06/1971		15-Nome do titular do plano SELMA BARROS DO O		

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 20802804000111	22-Nome do Contratado Executante RV MASCARENHAS LTDA	23-Número no CRO 14537	24-UF BA	25-Código CNES 7688776
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS		27-Número no CRO 8958	28-UF 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	0081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	30/01/26		5/26/20
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/01/26	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 34,00	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

De acordo com o laudo 17 com o exame extenso a necessidade de tratamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/01/26 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/26 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/26 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/01/26
--	--	--	---

Palma Gonçalves
Cirurgião-Dentista
CRO - BA 23213

Palma Gonçalves
Cirurgião-Dentista
CRO - BA 23213