



2328859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/05/25	4-Data de Autorização 28/05/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13932605	7-Data Validade da Senha 26/08/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251223879000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome TAYNARA OLIVEIRA DA PAIXAO	14-Telefone 06/04/2003	15-Nome do titular do plano TAYNARA OLIVEIRA DA PAIXAO
---------------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLIORP	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 088485160001000	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA	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
---	--------------------------	-------------	-----------------

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	28/05/25		Daynara
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

143-Data Previsão Término do Tratamento 28/05/25	144-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	145-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	146-Total Quantidade US 61,00	147-Valor Total R\$ 0,00	148-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 28/05/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/05/25
---	---	---	---

Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas
CRO-BA 8958

Inês Santos
CRO-BA 25097

Daynara O.

Inês Santos
CRO-BA 25097