



2462472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/25	4-Data de Autorização 12/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14363209	7-Data Validade da Senha 11/11/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025114853900030302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PLANLINK SOLUCOES DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA PAULA TAVARES DE AGUIAR		14-Telefone 18/05/1984	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR SANTOS GOMES	

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	12/09/25		AP Aguiar
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
**												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/09/25	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 Justificativa: 81000057: PACIENTE COM DOR INTENSA NA UNIDADE 15 NECESSIDADE DE TRATAMENTO ENDODONTICO. null

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/09/25 AP Aguiar	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 12/09/25 AP Aguiar	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/25 AP Aguiar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/09/25
---	--	---	---