



2364480
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06/25	4-Data de Autorização 13/01/06/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14049743	7-Data Validade da Senha 12/8/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025120504100002301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE SALVADOR	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome AISE DOS SANTOS SILVA		14-Telefone 01/04/1977	15-Nome do titular do plano AISE DOS SANTOS SILVA		
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 08848516000100	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	

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/06/25		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/06/25	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/06/25, Dr. Ana Caroline Vaz, CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/06/25, Dr. Ana Caroline Vaz, CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/25, Aise dos Santos Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/06/25
---	---	--	---