



2456861
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/25	4-Data de Autorização 09/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14345061	7-Data Validade da Senha 08/11/25
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708001365849325		
8-Número da Carteira 002025123782200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 46393528 ANDRE LUIZ FREIRE DE	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ FREIRE DE CARVALHO MARQUES	
13-Nome ANDRE LUIZ FREIRE DE CARVALHO MARQUES			14-Telefone () -	16-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ANDRE LUIZ FREIRE DE CARVALHO MARQUES			14-Telefone () -	16-Data Validade da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			19-UF BA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VITALDONTO	18-Número no CRO 7788	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00523671000137	22-Nome do Contratado Executante VITALDONTO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 7788	24-UF BA	25-Código CNES 6573495	
26-Nome do Profissional Executante ITAINAN SANTANA SILVA		27-Número no CRO 7788	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			/ /		
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 174,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Itainan Santana Silva
Enfermeira
CROBA 7788