



2453090
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/09/25	4-Data de Autorização 04/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14335107	7-Data Validade da Senha 03/11/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025120658800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA FELIX DA SILVA		14-Telefone 19/11/1984	15-Nome do titular do plano VANESSA FELIX DA SILVA		
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	00810000517	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00		S	04/09/25		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/09/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 34,00	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 NECROSE PULPAR NA UNIDADE 15 NECESSITANDO DE ACESSO ENDODONTICO. null	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/25 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24985	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/09/25 Vanessa Felix da Silva
---	--	---

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/09/25 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24985	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/09/25 Dra. Ana Caroline Vaz CRO-BA 24985	53-Data, local e Assinatura da Empresa 04/09/25
--	--	--