



2123706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 1 1 / 2 4	4-Data de Autorização 1 0 / 1 1 / 2 4	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13266388	7-Data Validade da Senha 2 6 / 1 0 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 7 5 5 9 7 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GIVANILDO GOMES DE SANTANA		14-Telefone 08/02/1979	15-Nome do titular do plano GIVANILDO GOMES DE SANTANA	

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 0 8 8 4 8 5 1 6 0 0 0 1 0 0	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-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0			10/12/24		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 4 , 0 0	0 , 0 0			10/12/24		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/24	44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Odontológico 4 Hospitalar/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 1 0 , 0 0	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 10/12/24 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/24 Dra. Ana Caroline Vaz Cirurgião-Dentista CRO-BA 24085	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/24	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/24
--	--	---	---