



2245319  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/03/25 | 4-Data de Autorização<br>17/03/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13649736 | 7-Data Validade da Senha<br>15/06/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025121494500000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                          |                           |                                                              |
|------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ANA CLARA NASCIMENTO DE MOURA | 14-Telefone<br>24/03/1994 | 15-Nome do titular do plano<br>ANA CLARA NASCIMENTO DE MOURA |
|------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                                                                  |                          |             |                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLIORP                    | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>10     | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08848516000100           | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>6127290 |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>8958 | 28-UF<br>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-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 17              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/03/25              |                    |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 18              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/03/25              |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>17/03/25 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>17/03/25 Dra. Emyle Ribeiro S. Souza<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA 27050 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/03/25 Dra. Emyle Ribeiro S. Souza<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-BA 27050 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/03/25 Ana Clara Nascimento de Moura<br>Beneficiária de Seguro | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>17/03/25 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|