



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/10	4-Data de Autorização 13/10/10	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13123278	7-Data Validade da Santa 12/10/11
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 2079016 INTERCÂMBIO
13-Nome LUCIANO DAMACENO DA LUZ	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUCIANO DAMACENO DA LUZ		

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 CRO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101814181511610101110101	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 CRO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Gesso	42-Assinatura
1-	10101811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00			30/10/24		
2-	101018153010101417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	14,40	10,00			30/10/24		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
30/10/24	☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	1178,00	10,00	

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 30/10/24 Dr. Rodrigo Souza Mascarenhas Cirurgião Dentista CRO-BA 8958	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/10/24 Dra Jaqueline Santos Cirurgiã Dentista CRO-BA 25097	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/24 Luciano Damaceno da Luz CRO-BA 25097	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/24 Dra Jaqueline Santos Cirurgiã Dentista CRO-BA 25097
---	---	--	--