



transfere para web-site

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



891093  
INTERCÂMBIO

|                          |                                               |                                           |                      |                                       |                                              |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/5/10 12/12/12 | 4-Data de Autorização<br>12/5/10 12/12/12 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>9628928 | 7-Data Validade da Seria<br>12/6/10 15/12/12 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                                                               |                                |                                      |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 4 5 5 3 8 7 0 0 0 0 1 0 3 | 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 |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

### Dados do Contratado

|                                               |                              |                                                     |
|-----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ARIANA THAISLA GRAIA DE FIGUEIREDO | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>ADRIANA GRAIA SANTOS |
|-----------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                               |                                                                  |                          |             |                                   |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS | 18-Número no CRO<br>8958 | 19-UF<br>BA | 20-Código CBO S<br>025 -          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>16 9 3 1 2 0 6 0 2 8 7 | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS    | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNES<br>Faturar Empresa |

### 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

### Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição      | 33-Diagnóstico        | 34-Fator | 35-Cód | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Moeda da Cota | 42-Assinatura |
|------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------|---------------|
| 1          | 0 0                       | 8 1 0 0 0 0 6 5   | CONSULTA ODONTOLÓGICA |          | 1      | 3 4              | 0 0      | 0 0                             | 0      | 12/5/10 12/12/12      |                  |               |
| 2          | 0 0                       | 8 4 0 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5              | 0 0      | 0 0                             | 0      | 12/5/10 12/12/12      |                  |               |
| 3          | 0 0                       | 8 4 0 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5              | 0 0      | 0 0                             | 0      | 12/5/10 12/12/12      |                  |               |
| 4          | 0 0                       | 8 4 0 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5              | 0 0      | 0 0                             | 0      | 12/5/10 12/12/12      |                  |               |
| 5          | 0 0                       | 8 4 0 0 0 0 1 9 8 | PROFILAXIA: POLIMENTO |          | 1      | 3 5              | 0 0      | 0 0                             | 0      | 12/5/10 12/12/12      |                  |               |
| 6          |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 7          |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 8          |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 9          |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 10         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 11         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 12         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 13         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 14         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |
| 15         |                           |                   |                       |          |        |                  |          |                                 |        |                       |                  |               |

|                                                            |                                                                                                                                     |                                                                      |                                     |                               |                                                    |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/5/10 12/12/12 | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 7 4 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0 0 0 0 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                                                  |                                                                      |                                                                              |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/5/10 12/12/12 | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/5/10 12/12/12 | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/5/10 12/12/12 | 53-Data local e Assinatura da Empresa<br>12/5/10 12/12/12 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

D<sup>ra</sup>. Vanessa N. Santos  
Cirurgiã - Dentista  
CRO-BA: 23026

D<sup>ra</sup>. Vanessa N. Santos  
Cirurgiã - Dentista  
CRO-BA: 23026