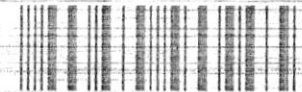




## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



|                                                                 |                                                                  |                                      |                                                           |                                       |                                        |                       |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/05/22                            | 4-Data de Autorização<br>02/05/22    | 5-Serinha<br>AUTORIZADO                                   | 6-Número da Guia Principal<br>9852875 | 7-Data Validade da Serinha<br>31/07/22 | 964797<br>INTERCÂMBIO |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                                  |                                      |                                                           |                                       |                                        |                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202546288600000101                    | 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>JOICE PEIXOTO DA CONCEICAO                           |                                                                  | 14-Telefone<br>02/04/1996            | 15-Nome do titular do plano<br>JOICE PEIXOTO DA CONCEICAO |                                       |                                        |                       |
| 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                       | 025 -<br>Faturar Empresa               |                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>69312060287              | 22-Nome do Contratado Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS    | 23-Número no CRO<br>8958             | 24-UF<br>BA                                               | 25-Código CNES                        |                                        |                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RODRIGO SOUZA MASCARENHAS |                                                                  | 27-Número no CRO<br>8958             | 28-UF<br>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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/05/22              |                    | Joice         |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/05/22              |                    | Joice         |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/05/22              |                    | Joice         |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/05/22              |                    | Joice         |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 02/05/22              |                    | Joice         |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>02/05/22 | 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>178,00 | 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>02/05/22 Hosana Cristó<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO-BA 21.398 | 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>02/05/22 Hosana Cristó<br>Cirurgiã - Dentista<br>CRO-BA 21.398 | 52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>02/05/22 Joice Peixoto da Conceição | 53-Data, Local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|