



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-28



1513525  
INTERCÂMBIO

|                          |                                               |                                           |                      |                                        |                                            |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/2017 12:31 | 4-Data de Autorização<br>10/11/2017 12:31 | 5-Será<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>11395210 | 7-Data Validade da Guia<br>12/9/2019 12:31 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                   |                                |                                      |                                                                      |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>1002021516904100000101021 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>HELIEL CAELER OLIVEIRA MERCES          | 13/10/2017                     | 12-Telefone<br>( ) - - - - -         | 15-Nome do titular do plano<br>JULIANA ANGELICA DAS MERCES CONCEICAO |                                       |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                       |                          |             |                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|---------------------------|--------------------------|
| 16-Atribuição 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>18084181511600010010001    | 22-Nome do Contratado Executante<br>R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME | 23-Número no CRO<br>8958 | 24-UF<br>BA | 25-Código CNEB<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           |                          |

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

|                                       |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------------------------|-------------------|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 30-Indicação<br>1 0 0 8 5 1 0 0 1 9 6 | 32-Descrição<br>RESTAURAÇÃO RESINA | 33-Dentefregião<br>73 | 34-Face<br>V | 35-Cid<br>1 | 36-Quantidade US<br>6 1 1 0 0 | 37-Valor<br>10,00 | 38-Franquia O Particular 20 FLS<br>150 | 39-Aui<br>01102103 | 40-Data de Realização<br>01/02/2018 | 41-Motivo da Glosa<br>SOLICITAÇÃO | 42-Assinatura<br>Juliana |
| 1                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 2                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 3                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 4                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 5                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 6                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 7                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 8                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 9                                     |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 10                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 11                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 12                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 13                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 14                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |
| 15                                    |                                    |                       |              |             |                               |                   |                                        |                    |                                     |                                   |                          |

|                                                      |                                                                                                               |                                               |                                    |                             |                                                 |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>01/02/2018 | 44-Tipo de Atendimento<br>1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial | 46-Toda Quantidade US<br>6 1 1 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|

## Observações

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 e contidos no Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima e por mim assinado(s), tenham 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.

51-Data local e Assinatura do Contrato-Dentista Solicitante

03/10/2017 20:23 Elis E. dos Santos Poixão  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-BA: 21869

51-Data local e Assinatura do Contrato-Dentista

03/10/2017 20:23 Elis E. dos Santos Poixão  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-BA: 21869

52-Data local e Assinatura do Contrato-Dentista Solicitante

01/02/2018 Juliana Angelica das Mercês  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-BA: 21869

53-Data local e Assinatura do Contrato-Dentista Solicitante

01/02/2018 Juliana Angelica das Mercês  
Cirurgiã-Dentista  
CRO-BA: 21869