



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1023899
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/22	4-Data de Autorização 29/06/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10026821	7-Data Validação da Senha 15/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202548738700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA BARBOSA DOS SANTOS		14-Telefone 22/05/1988	15-Nome do titular do plano LUCIANA BARBOSA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08848516000100	22-Nome do Contratado Executante R. S. MASCARENHAS & CIA LTDA - ME	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 CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/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	29/06/22		Ana Luisa B. Fontes
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/06/22		Ana Luisa B. Fontes
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/06/22		Ana Luisa B. Fontes
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/06/22		Ana Luisa B. Fontes
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/06/22		Ana Luisa B. Fontes
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de início do tratamento 29/06/22	44-Tipo de Atendimento 1-Plano Odontológico 2-Emergência 3-Radiografia 4-Ortodontia 5-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro que a Autoridade Sanitária devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza 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 profissional responsável pelo tratamento (autorizada) realizou o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos, conforme previsto em contrato.

Assinatura do paciente:

Assinatura do profissional:

Ana Luisa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

Ana Luisa B. Fontes
Cirurgiã Dentista
CRO-BA 22290

29.06.22

29.06.22