



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Of. 24.08.2022

2-Nº

1042674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/22	4-Data de Autorização 01/07/22	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10078814	7-Data Validade da Senha 29/09/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202548738700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade 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 e 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-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00			01/07/22		Luciana B. dos Santos
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00			01/07/22		Luciana B. dos Santos
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00			01/07/22		Luciana B. dos Santos
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00			01/07/22		Luciana B. dos Santos
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Tipo de Serviço / Tipo de Tratamento 01/07/22	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tela 2-Parcial	46-Tela e Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, autorizo a execução da mesma, de acordo com o termo de autorização e do profissional assistente e de acordo com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que não pretendo nem solicito a realização de qualquer procedimento ou tratamento adicional, e de futura assistência, autorizo a supervisão a pagar em nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, de acordo com os custos e conforme previsto em contrato.

49-Assinatura

01/07/22 Ana Luisa B. Fontes
Cirurgião Dentista
CRO-BA 2229001/07/22 Ana Luisa B. Fontes
Cirurgião Dentista
CRO-BA 2229001/07/22 Luciana Barbosa
dos Santos