



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



816715
INTERCÂMBIO

1-Registo ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 14/11/2021 4-Data de Autorização 14/11/2021 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9403002 7-Data Validade da Semeta 14/10/2022

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020205433950000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA

13-Nome RITA DE CASSIA DA COSTA

10/02/1983

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

14-Teléfono () - - - - -

11-Data Validade da Carteira - - - - -

15-Nome do titular do plano RITA DE CASSIA DA COSTA

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 69312060287 22-Nome do Contratado Exatante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

26-Nome do Profissional Exatante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS

18-Número no CRO 8958 19-UF BA 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 23-Número no CRO 8958 24-UF BA 25-Código CNES 27-Número no CRO 8958 28-UF BA 29-Código CRO 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	00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3,40	0,00	0,00	0,00	14/11/2021		Rita
2	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,60	0,00	0,00	0,00	14/11/2021		Rita
3	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,60	0,00	0,00	0,00	14/11/2021		Rita
4	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,60	0,00	0,00	0,00	14/11/2021		Rita
5	00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3,60	0,00	0,00	0,00	14/11/2021		Rita
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43- Data Previsto Término do Tratamento 14/11/2021	44- Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46- Total Quantidade US 178,00	47- Valor Total R\$ 10,00	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. Declaram, ainda que o(s) procedimento(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 Responsável 14/11/2021 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/11/2021 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/11/2021 53-Data, local e Cartão da Empresa 14/11/2021 CRO-BAV 21869 CRO-BAV 21869 CRO-BAV 21869 CRO-BAV 21869