



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Concluído em 09.12.2021

1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 12/11/21 11:21	4-Data de Autorização 12/11/21 11:21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9344124	7-Data Validade da Sentença 12/7/02 12/2/21
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

797770
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202543551900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIO NASCIMENTO DOS SANTOS	12/11/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO NASCIMENTO DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 693120602871	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958
	28-UF BA
	29-Código CRO S
	20-Código CRO S 025 -
	24-UF BA
	25-Código CNES Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Grava	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00					
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00					
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00					
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00					
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 12/11/21 Ana Luisa B. F. Gomes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21 Ana Luisa B. F. Gomes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/21 Claudio Nascimento dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/21
---	---	---	---