

45 = 10,17
46 = 13,15
47 = 13,15

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



865670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10/02/12/21	4-Data de Autorização 11/2/10/02/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9549984	7-Data Validade da Senha 10/06/10/05/12/21
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025454128000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDNILDO SANTOS DA CRUZ		14-Telefone 05/10/1984	15-Nome do titular do plano EDNILDO SANTOS DA CRUZ	

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 69312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00		S	11/2/10/2/12/21		2
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	11/2/10/2/12/21		1
3-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	11/2/10/2/12/21		1
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/2/10/2/12/21	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 219,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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), 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 11/2/10/2/12/21 Dra. Taisa P. Siqueira CRO-BA: 19327	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2/10/2/12/21 Dra. Taisa P. Siqueira CRO-BA: 19327	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/10/2/12/21 Ednildo Santos da Cruz	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/2/10/2/12/21
---	---	--	--