

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2230868  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/03/25 | 4-Data de Autorização<br>05/03/25 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>13603112 | 7-Data Validade da Senha<br>03/06/25 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                      |                                                          |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025120994900000102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>_/_/__/__                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>CLODOALDO DOS SANTOS               | 06/11/1972                     | 14-Telefone<br>(_) -_-_-_-_-         | 15-Nome do titular do plano<br>LUCIANE MACIEL DOS SANTOS |                                       |

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                         |                                                                          |                            |                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>IVORI PROCOPIO DE OLIVEIRA JUNIOR | 18-Número no CRO<br>107307 | 19-UF<br>SP     | 20-Código CBO S           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>42620761000196                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>ODONTO LOS ANGELES ODONTOLOGIA LTDA  | 23-Número no CRO<br>107307 | 24-UF<br>SP     | 25-Código CNES<br>4368835 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>IVORI PROCOPIO DE OLIVEIRA JUNIOR | 27-Número no CRO<br>107307                                               | 28-UF<br>SP                | 29-Código CBO S |                           |

025 -  
Faturar Empresa

### 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-        | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 48              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | /                     |                     |               |
| 2-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 3-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 4-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 5-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 6-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 7-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 8-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 9-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        | /                     |                     |               |

|                                                     |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>_/_/__/__ | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>73,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>_/_/_/_/_/_ |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|

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 Solicitante<br>_/_/__/__ | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>_/_/__/__ | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>_/_/__/__ | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>_/_/__/__ |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|