



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

465014  
INTERCÂMBIO

|                                                               |                                                                |                                      |                                                                      |                                       |                                       |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>2/8/01/21                         | 4-Data de Autorização<br>1/1/02/21   | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                | 6-Número da Guia Principal<br>8247287 | 7-Data Validade da Senha<br>2/8/04/21 |
| Dados do Beneficiário                                         |                                                                |                                      |                                                                      |                                       |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202533377200000102                  | 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>SOPHIA MEDEIROS DOS SANTOS LOPES                   |                                                                | 14-Telefone<br>02/02/2015            | 15-Nome do titular do plano<br>DAIANE MEDEIROS NASCIMENTO DOS SANTOS |                                       |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                                                |                                      |                                                                      |                                       |                                       |
| 16-Alimentação a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>THALYTA BRAGA DE MORAES | 18-Número no CRO<br>46146            | 19-UF<br>RJ                                                          | 20-Código CBO S<br>025 -              |                                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>10215691784            | 22-Nome do Contratado Executante<br>THALYTA BRAGA DE MORAES    | 23-Número no CRO<br>46146            | 24-UF<br>RJ                                                          | 25-Código CNES<br>Enviar - RX         | (I) 85100200                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>THALYTA BRAGA DE MORAES |                                                                | 27-Número no CRO<br>46146            | 28-UF<br>RJ                                                          | 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         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 74              | OL      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/02/21              |                    |               |
| 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>88,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 Solicitante<br>12/02/21<br>Dra. Thalyta Braga<br>Odontopediatra<br>CRO-RJ 46.146 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /<br>Diane N. de S. S. | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|