

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2592392  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                        |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/01/26 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>14766421 | 7-Data Validade da Senha<br>09/03/26 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

### Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                           |                                                                |                                                          |
|---------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020255822590000201 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>COOPERATIVA DE DISTRIBUICAO | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>703209650967491 |
| 13-Nome<br>CLAUDENIR FRANCISCO DA TRINDADE  |                                | 14-Telefone<br>(43) 8404-1721             | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDENIR FRANCISCO DA TRINDADE |                                                          |

### Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                  |                                                                           |                           |             |                           |                                                         |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>OTAVIO KRAVISKI DOS SANTOS         | 18-Número no CRO<br>35872 | 19-UF<br>PR | 20-Código CBO S           | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 85100226 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>12364661000185            | 22-Nome do Contratado Executante<br>C. M. R. TESSER & M. T. CARNEIRO LTDA | 23-Número no CRO<br>18487 | 24-UF<br>PR | 25-Código CNES<br>9486089 |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>OTAVIO KRAVISKI DOS SANTOS |                                                                           | 27-Número no CRO<br>35872 | 28-UF<br>PR | 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-        | 0085100226                | RESTAURAÇÃO RESINA   | 47              | ODVL    | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | N      | / /                   |                     |               |
| 2-        | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE | 28              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | / /                   |                     |               |
| 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>195,00 | 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<br><br> |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|

|                                                                      |                                                          |                                                                  |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 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>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|