

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1-Registro ANS  
4064143-Data de Emissão da Guia  
12/11/20154-Data de Autorização  
13/10/20155-Senha  
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal  
79998677-Data Validade da Senha  
12/15/2015405924  
INTERCÂMBIO

## Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira  
00120202524420200001039-Plano  
POS REDE PRESTADORA10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome

JOÃO PEDRO MORAES DA SILVA

30/11/2015

14-Telefone  
(1211) 314071550415-Nome do titular do plano  
MARCOS ANTONIO DA SILVA

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

FATIMA DA CUNHA COSTA

18-Número no CRO

17044

19-UF

RJ

20-Código CBO S

17044

21-UF

RJ

22-Número no CRO

17044

23-UF

RJ

24-Código CBO S

17044

25-UF

RJ

26-Código CBO S

17044

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1715637090707011

22-Nome do Contratado Executante

FATIMA DA CUNHA COSTA

23-Número no CRO

17044

24-UF

RJ

25-UF

RJ

26-UF

RJ

27-Código CBO S

17044

28-UF

RJ

29-Código CBO S

17044

26-Nome do Profissional Executante

FATIMA DA CUNHA COSTA

27-Número no CRO

17044

28-UF

RJ

29-UF

RJ

30-Código CBO S

17044

31-UF

RJ

32-UF

RJ

33-Código CBO S

17044

34-UF

RJ

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela        | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Ord | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut     | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |
|------------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0001851010196  | RESTAURAÇÃO RESINA        | 85           | O               | 1       | 1      | 611000           | 0,00     | 0,00                            | 04/11/2015 | 04/11/2015            | 04/11/2015                       |
| 2-0001840000074  | APLICAÇÃO DE SELANTE DE   | 74           | 1               | 1       | 1      | 491000           | 0,00     | 0,00                            | 04/11/2015 | 04/11/2015            | 04/11/2015                       |
| 3-0001840000074  | APLICAÇÃO DE SELANTE DE   | 75           | 1               | 1       | 1      | 491000           | 0,00     | 0,00                            | 04/11/2015 | 04/11/2015            | 04/11/2015                       |
| 4-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 5-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 6-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 7-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 8-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 9-0001840000074  |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 10-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 11-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 12-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 13-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 14-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |
| 15-0001840000074 |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |            |                       |                                  |

43-Data Previsão Término do Tratamento

11/11/11

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

1159100

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0,00

49-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/11/2015

50-Data Local e Assinatura 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.

04/11/2015

51-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/11/2015

52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/11/2015

53-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

04/11/2015