

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



654339  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                                  |                                      |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 0 / 0 8 / 2 1 | 4-Data de Autorização<br>_ _ / _ _ / _ _ | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>654339 | 7-Data Validade da Senha<br>0 8 / 1 1 / 2 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                                 |                                |                                          |                                                         |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 9 4 3 2 9 0 0 0 0 0 1 0 1 | 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>GESICA DANTAS DE SANTANA<br>19/01/1988               |                                | 14-Telefone<br>( _ _ ) _ _ _ _ - _ _ _ _ | 15-Nome do titular do plano<br>GESICA DANTAS DE SANTANA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                    |                                                                   |                            |             |                          |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT | 18-Número no CRO<br>118546 | 19-UF<br>SP | 20-Código CBO S<br>025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>4 0 2 2 6 3 2 5 8 5 7 _ _ _ | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT    | 23-Número no CRO<br>118546 | 24-UF<br>SP | 25-Código CNES           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALINE OLIVEIRA BITTENCOURT   |                                                                   | 27-Número no CRO<br>118546 | 28-UF<br>SP | 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-        | 0 0   8 1 0 0 0 0   3 0     | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | _ _             | _ _     | 1      | _ _   _ _   3 4 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 2-        | 0 0   8 5 3 0 0 0   4 7     | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            | _ _     | 1      | _ _   _ _   3 6 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 3-        | 0 0   8 5 3 0 0 0   4 7     | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            | _ _     | 1      | _ _   _ _   3 6 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 4-        | 0 0   8 5 3 0 0 0   4 7     | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            | _ _     | 1      | _ _   _ _   3 6 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 5-        | 0 0   8 5 3 0 0 0   4 7     | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            | _ _     | 1      | _ _   _ _   3 6 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 6-        | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 15              | V       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 7-        | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 14              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 8-        | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 24              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 9-        | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 25              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 10-       | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 37              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 11-       | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 35              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 12-       | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 34              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 13-       | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 44              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 14-       | 0 0   8 5 1 0 0 1   9 6     | RESTAURAÇÃO RESINA      | 45              | O       | 1      | _ _   _ _   6 1 , 0 0 | _ _   _ _   0 , 0 0   | _ _   _ _   , _ _               | N      | _ _ / _ _ / _ _       | _ _   _ _   _ _     | _ _           |
| 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>_ _   _ _   7 2 7 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>_ _   _ _   0 , 0 0 | 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><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>_ _ / _ _ / _ _ |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|