



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A\*

532259  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/03/04 11/21             | 4-Data de Autorização<br>12/04/04 11/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    | 6-Número da Guia Principal<br>8515502 | 7-Data Validade da Senha<br>12/07/12 11 |
| Dados do Beneficiário                                                                                          |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 8-Número de Carteira<br>00020253703030700000101                                                                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                          | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA    | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE                                                                         |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 14-Telefone<br>( )                                                                                             |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 15-Nome do titular do plano<br>NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE                                                     |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 16-Alimentação a RN<br>N                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>IZABELLA ANTUNES | 18-Número no CRO<br>137861              | 19-UF<br>SP                              | 20-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNR / CPF<br>1457540787011                                                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>IZABELLA ANTUNES    | 23-Número no CRO<br>137861              | 24-UF<br>SP                              | 25-Código CNES                        |                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>IZABELLA ANTUNES                                                         | 27-Número no CRO<br>137861                              | 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-Old                                  |
| 1-000181100000300                                                                                              |                                                         | CONSULTA ODONTOLÓGICA                   | 1                                        | 1                                     | 1                                       |
| 2-00018530000047                                                                                               |                                                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                 | HASD                                     | 3                                     | 6                                       |
| 3-00018530000047                                                                                               |                                                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                 | HASE                                     | 3                                     | 6                                       |
| 4-00018530000047                                                                                               |                                                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                 | HAIE                                     | 3                                     | 6                                       |
| 5-00018530000047                                                                                               |                                                         | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                 | HAID                                     | 3                                     | 6                                       |
| 6-1                                                                                                            |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 7-1                                                                                                            |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 8-1                                                                                                            |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 9-1                                                                                                            |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 10-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 11-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 12-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 13-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 14-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 15-1                                                                                                           |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>12/04/12 11                                                          |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-1 1-Total 2-Parcial                                                                |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 46-Total Quantidade US<br>1178100                                                                              |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 47-Valor Total R\$                                                                                             |                                                         |                                         |                                          |                                       |                                         |
| 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), tolforam 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.

48-Observação

|                                                                                               |                                                                                   |                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/04/12 11 Izabella Antunes | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/04/12 11 Izabella Antunes | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/04/12 11 x Noeli Bonaparte |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|





## 2-№



|                                                               |                                                   |                                                         |                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
| 13/10/97 Gabriel Coutinho                                     | 13/10/97 Gabriel Coutinho                         | 13/10/97 Gabriel Coutinho                               |                                     |

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2021

CRO: 137861/SP

Cirurgião Dentista: (17876) - IZABELLA ANTUNES

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

| Guia       | Nome                                                            | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vir USO Coop. | Total      |
|------------|-----------------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 498677 - I | ITALMELITA OLIVEIRA FERNANDES PEREIRA<br>(00202535620100000101) |          | 14/03/2021 | 549       | 0.3           | R\$ 164,70 |
| 532259 - I | NOELI DE OLIVEIRA BONAPARTE (00202537030700000101)              |          | 23/04/2021 | 178       | 0.3           | R\$ 53,40  |

Totalizador por Operadora

|                     |            |
|---------------------|------------|
| N° de USOs:         | 727        |
| N° de atendimentos: | 2          |
| Valor:              | R\$ 218,10 |

Totalizador

|                     |            |
|---------------------|------------|
| N° de USOs:         | 727        |
| N° de atendimentos: | 2          |
| Valor:              | R\$ 218,10 |

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 30/04/2021 23:05

Página 1 de 1