



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

320243  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/10/16 12:01                    | 4-Data de Autorização<br>03/10/16 12:01                                                                      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       | 6-Número da Guia Principal<br>7612100           | 7-Data Validade da Senha<br>01/10/19 12:01                                       |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 8-Número do Cartão<br>010202529794900000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                         | 11-Data Validade do Cartão<br>/ /           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde           |                                                                                  |
| 13-Nome<br>KELY MOREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                | 14-Telefone<br>22/03/1999                                                                                    | 15-Nome do Titular do plano<br>KELY MOREIRA |                                                 |                                                                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOSE RUBENS GITI JUNIOR | 18-Número no CRO<br>16560                                                                                    | 19-UF<br>SC                                 | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa        | 25-Código CNES<br>Enviar - RX (IF) 85200115-12 (IF) 85200115-22 (IF) 85200115-41 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>35315914879                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOSE RUBENS GITI JUNIOR    | 23-Número no CRO<br>16560                                                                                    | 24-UF<br>SC                                 | 29-Código CBO S                                 |                                                                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOSE RUBENS GITI JUNIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                | 27-Número no CRO<br>16560                                                                                    | 28-UF<br>SC                                 | 29-Código CBO S                                 |                                                                                  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31-Código do Procedimento                                      | 32-Descrição                                                                                                 | 33-Dente/Região                             | 34-Face                                         | 35-Clid                                                                          |
| 1-010810000301                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                        |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 2-010852001151                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                | RETRATAMENTO                                                                                                 | 12                                          |                                                 |                                                                                  |
| 3-010852001151                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                | RETRATAMENTO                                                                                                 | 22                                          |                                                 |                                                                                  |
| 4-010852001151                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                | RETRATAMENTO                                                                                                 | 41                                          |                                                 |                                                                                  |
| 5- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 6- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 7- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 8- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 9- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 10- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 11- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 12- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 13- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 14- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 15- / / / / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>13/10/17 12:01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                             | 45-Total Quantidade US<br>1-Total 2-Parcial     |                                                                                  |
| 46-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                   |                                             | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |                                                                                  |
| 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(ram) 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. |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 19-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>03/10/16 12:01 José Rubens Giti Junior<br>Cirurgião Dentista<br>SC-CD-16560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>03/10/17 12:01 José Rubens Giti Junior<br>Cirurgião Dentista<br>SC-CD-16560                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/10/17 12:01 Kely Moreira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>03/10/17 12:01 IDEALLY ODONTOLOGIA<br>CNPJ: 35.339.742/0001-20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                              |                                             |                                                 |                                                                                  |