

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-4º



**371419**  
**INTERCÂMBIO**

|                                                                     |                                                                     |                                             |                                                               |                                              |                                               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br><b>406414</b>                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br><b>08/09/2010</b>                      | 4-Data de Autorização<br><b>11/09/2010</b>  | 5-Senha<br><b>AUTORIZADO</b>                                  | 6-Número da Guia Principal<br><b>7853652</b> | 7-Data Validade da Senha<br><b>07/12/2010</b> |
| Dados do Beneficiário                                               |                                                                     |                                             |                                                               |                                              |                                               |
| 8-Número da Carteira<br><b>00202531903200000104</b>                 | 9-Plano<br><b>POS REDE PRESTADORA</b>                               | 10-Empresa<br><b>DENTAL UNI COOPERATIVA</b> | 11-Data Validade da Carteira<br><b>11/11/11</b>               | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde        |                                               |
| 13-Nome<br><b>SOPHIA DOS SANTOS RIBEIRO</b>                         |                                                                     | 14-Telefone<br><b>16/09/2005</b>            | 15-Nome do titular do plano<br><b>VANDO EUSTAQUIO RIBEIRO</b> |                                              |                                               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                     |                                                                     |                                             |                                                               |                                              |                                               |
| 16-Alcance do RN<br><b>N</b>                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br><b>ODONTODENT TAGUATINGA</b> | 18-Número no CRO<br><b>4992</b>             | 19-UF<br><b>DF</b>                                            | 20-Código CBO S<br><b>01</b>                 | 025 -<br>Faturar Empresa                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br><b>6111282011100</b>         | 22-Nome do Contratado Executante<br><b>YEDA ALMEIDA RODRIGUES</b>   | 23-Número no CRO<br><b>4992</b>             | 24-UF<br><b>DF</b>                                            | 25-Código CNES                               |                                               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br><b>YEDA ALMEIDA RODRIGUES</b> |                                                                     | 27-Número no CRO<br><b>4992</b>             | 28-UF<br><b>DF</b>                                            | 29-Código CBO S                              |                                               |

| 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         | 0081000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 28/10/20              |                    |               |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                           |                                                                                                                                     |                                                                      |                                        |                                   |                                         |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br><b>28/10/20</b> | 44-Tipo de Atendimento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br><b>34,00</b> | 47-Valor Total R\$<br><b>0,00</b> | 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), 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 |
|---------------|

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><b>28/10/20</b><br><b>YEDA ALMEIDA RODRIGUES</b><br><b>CRUQUIANO DENTISTA</b><br><b>CRO-DF-4992</b> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br><b>28/10/20</b><br><b>YEDA ALMEIDA RODRIGUES</b><br><b>CRUQUIANO DENTISTA</b><br><b>CRO-DF-4992</b> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br><b>28/10/20</b><br><b>VANDO EUSTAQUIO RIBEIRO</b> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br><b>28/10/20</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|