



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

412882  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha  
0 3 / 10 / 2 1 1

6-Número da Guia Principal  
8027494

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
1 7 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia  
0 5 / 1 1 / 2 0

1-Registro ANS  
406414

2-Data de Emissão da Guia  
0 5 / 1 1 / 2 0

3-Data de Autorização  
1 7 / 1 1 / 2 0

4-Data de Emissão da Guia  
0 5 / 1 1 / 2 0

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
8027494

7-Data Validade da Senha  
0 3 / 10 / 2 1 1

8-Número da Carteira  
0 0 2 0 2 5 2 7 3 7 5 2 0 0 0 0 1 0 2

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira  
/ / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
JORGE GONZAGA DA SILVA

14-Telefone  
( ) / /

15-Nome do titular do plano  
ROSIENE FERREIRA DA SILVA

16-Atendimento a RN  
N

17-Nome do Profissional Solicitante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

18-Número no CRO  
118811

19-UF  
SP

20-Código CBO S  
025 -

21-Código na Operadora / GNPJ / CPF  
4 3 8 8 2 2 3 2 8 0 3

22-Nome do Contratado Executante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

23-Número no CRO  
118811

24-UF  
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante  
JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ

27-Número no CRO  
118811

28-UF  
SP

29-Código CBO S

30-Faturar Empresa

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 | 37-Valor         | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut         | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|------------------|-------|-----------------|------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------|----------------------------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição         | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S | 23-Número no CRO | 24-UF                           | 25-Código CNES | 28-UF                 | 29-Código CBO S                  |
| 1-0                                             | 0 8 2 0 0 0 8 7 5         | EXODONTIA SIMPLES DE | 38              | 1       | 1      | 7 3 0 0          | 118811           | SP    |                 | 118811           | SP                              |                |                       |                                  |
| 2-0                                             | 0 8 2 0 0 0 8 7 5         | EXODONTIA SIMPLES DE | 32              | 1       | 1      | 7 3 0 0          | 118811           | SP    |                 | 118811           | SP                              |                |                       |                                  |
| 3-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 4-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 5-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 6-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 7-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 8-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 9-                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 10                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 11                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 12                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 13                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 14                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |
| 15                                              |                           |                      |                 |         |        |                  |                  |       |                 |                  |                                 |                |                       |                                  |

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

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), 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 Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa