



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2P

330401  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/2019                                     | 4-Data de Autorização<br>10/11/2019  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7664924 | 7-Data Validade da Senha<br>12/11/2019 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>000202525649000000102                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                              | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/19                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>GABRIEL OLIVEIRA DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             | 14-Telefone<br>(1611) 34344140513    | 15-Nome do titular do plano<br>WESLEY TAVARES DOS SANTOS |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>4992             | 19-UF<br>DF                                              | 20-Código CRO S<br>01                 | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>611128201100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES                  | 23-Número no CRO<br>4992             | 24-UF<br>DF                                              | 25-Código CNES<br>(1) 85100200        | Enviar - RX<br>(1) 85100200            |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>YEDA ALMEIDA RODRIGUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                             | 27-Número no CRO<br>4992             | 28-UF<br>DF                                              | 29-Código CRO S                       |                                        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31-Código do Procedimento                                                   | 32-Descrição                         | 33-Dente Região                                          | 34-Face                               | 35-Clid                                |
| 1-001851100200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                          | 25                                   | OM                                                       | 1                                     | 8800                                   |
| 2-001851100200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RESTAURAÇÃO RESINA                                                          | 26                                   | OM                                                       | 1                                     | 8800                                   |
| 3-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 4-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 5-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 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>11/11/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 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>178100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 47-Valor Total R\$<br>10100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 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>10/12/2019 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião - Dentista<br>10/12/2019 YEDA ALMEIDA RODRIGUES CRO-DF 4992                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/12/2019 Gabriel Oliveira dos Santos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/19 DENTAL UNI COOPERATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                      |                                                          |                                       |                                        |