

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



465279  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/01/21                          | 4-Data de Autorização<br>29/01/21                             | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                                                      | 6-Número da Guia Principal<br>8248470                                 | 7-Data Validade da Senha<br>29/01/21     |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 8-Número da Carteira<br>00202535269400000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                 |                                          |
| 13-Nome<br>JOCELIA FATIMA DE ALMEIDA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | 14-Telefone<br>( ) -                                          | 15-Nome do titular do plano<br>JOCELIA FATIMA DE ALMEIDA DA SILVA                                          |                                                                       |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>INGRID TRANHAQUE SANTOS |                                                               | 18-Número no CRO<br>42998                                                                                  | 19-UF<br>RJ                                                           | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>148542227                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>INGRID TRANHAQUE SANTOS   | 23-Número no CRO<br>42998                                                                                  | 24-UF<br>RJ                                                           | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>INGRID TRANHAQUE SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | 27-Número no CRO<br>42998                                     | 28-UF<br>RJ                                                                                                | 29-Código CBO S                                                       |                                          |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 31-Código do Procedimento                                      | 32-Descrição                                                  | 33-Dente/Rolão                                                                                             | 34-Face                                                               | 35-Qtd                                   |
| 1-00181000065                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                         |                                                                                                            |                                                                       | 1                                        |
| 2-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       | HASD                                                                                                       |                                                                       | 1                                        |
| 3-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       | HASE                                                                                                       |                                                                       | 1                                        |
| 4-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       | HAID                                                                                                       |                                                                       | 1                                        |
| 5-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL                                       | HAIE                                                                                                       |                                                                       | 1                                        |
| 6-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 7-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 8-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 9-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 10-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 11-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 12-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 13-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 14-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 15-00185300047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                |                                                               |                                                                                                            |                                                                       |                                          |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                               | 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-Valor Total US<br>178100                                                                                |                                                                       |                                          |
| 47-Valor Total R\$<br>0000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                               | 48-Tota Franquia / Co-participação R\$<br>0000                                                             |                                                                       |                                          |
| 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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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<br>29/01/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/01/21 |                                                                                                            | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/01/21 |                                          |
| 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>29/01/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | 54-Data, local e Assinatura da Empresa<br>29/01/21            |                                                                                                            |                                                                       |                                          |