



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

|  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |                                  |
|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414   | 3-Data de Emissão da Guia<br>[2] [7] / [1] [0] / [2] [0] | 4-Data de Autorização<br>[3] [0] / [1] [1] / [2] [0]                             | 5-Senya<br>AUTORIZADO                     | 6-Número da Guia Principal<br>7938197                             | 7-Data Validez da Senha<br>[2] [5] / [0] [1] / [2] [1] | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde          |  |  |  |  |                                  |
| Dados do Beneficiário  |  | 8-Piano<br>POS REDE PRESTADORA   |   | 9-Piano<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                                 |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA           |  |  |  |  |                                  |
| 13-Nome<br>RITCHIE CASSIO CARVALHO   |  | 14-Telefone<br>11/02/1987 ( [ ] ) [ ] - [ ] - [ ] - [ ]                          |   | 15-Nome do titular do plano<br>RITCHIE CASSIO CARVALHO            |  | 11-Data Validez de Carteira<br>[ ] / [ ] / [ ] |  |  |  |  |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento  |  | 16-Atendimento a RN<br>N [8] [8] / [5] [7] [5] / [1] [6] / [0] [6] / [7] [2] [ ] |   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde          |  |  |  |  |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>[8] [8] [5] [7] [5] / [1] [6] / [0] [6] / [7] [2] [ ]   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA                   |   | 18-Número no CRO<br>24111   | 19-UF<br>RJ  | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa       |  |  |  |  |                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA   |  | 23-Número no CRO<br>24111  | 24-UF<br>RJ                               | 25-Código CNES  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Saliplados   |  | 26-Número no CRO<br>24111  | 26-UF<br>RJ                               | 27-Código CBO S   |  |  |  |  |  |  |                                  |
| 30-Tabela  | 31-Código do Procedimento                                | 32-Descrição   | 33-Dente/Região                           | 34-Fase   | 35-Qtd   | 36-Quantidade US                               | 37-Valor   | 38-Franquia/Ccp-participação R\$   | 39-Aut   | 40-Data de Realização  | 41-Motivo da Glosa /2-Assinatura |
| 1-[0] [0] / [8] [1] [0] / [0] [0] [6] [5]  |  | CONSULTA ODONTOLOGICA  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 2-[0] [0] / [8] [5] [3] / [0] [0] [4] [7]  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | [HASD]                                    | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 3-[0] [0] / [8] [5] [3] / [0] [0] [4] [7]  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | [HASE]                                    | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 4-[0] [0] / [8] [5] [3] / [0] [0] [4] [7]  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | [HAIE]                                    | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 5-[0] [0] / [8] [5] [3] / [0] [0] [4] [7]  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL  | [HAID]                                    | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 6-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 7-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 8-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 9-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 10-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 11-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 12-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 13-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 14-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 15-[ ] / [ ] / [ ] / [ ]   |  |  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                     | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]   | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                                  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]                          | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  | [ ] / [ ] / [ ] / [ ]  |                                  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>[2] / [1] [3] / [2]  | 44-Tipo de Alemdamento<br>[ ] / [ ] / [ ]                | 45-Tipo de Faturamento<br>[ ] / [ ] / [ ]  | 46-Total Quantidade US<br>[ ] / [ ] / [ ] | 47-Valor Total R\$<br>[ ] / [ ] / [ ]                             | 48-Total Faturamento<br>[ ] / [ ] / [ ]                | 49-Observação                                  | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>[2] / [1] [3] / [2] | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>[2] / [1] [3] / [2] | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>[2] / [1] [3] / [2] | 53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>[2] / [1] [3] / [2] |                                  |
| 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 ficando realizad(s) o(s) procedimento(s) consenso 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 previsão bem contrário. |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Dr. José Eduardo R. Pereira  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Cirurgião-Dentista   |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |                                  |
| Carine Carvalho  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |                                  |

RJ - CD 24.11