



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

|                                                             |  |                                                              |  |                                          |  |                                                                |  |                                       |  |                                                |  |                       |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                    |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/7/1112/12/01                 |  | 4-Data de Autorização<br>12/3/1112/12/01 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          |  | 6-Número da Guia Principal<br>8152667 |  | 7-Data Validade da Senha<br>11/7/1013/12/11    |  | 442449<br>INTERCÂMBIO |  |
| Dados do Beneficiário                                       |  |                                                              |  |                                          |  |                                                                |  |                                       |  |                                                |  |                       |  |
| 8-Número da Carteira<br>1010120215321890900000010101        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               |  | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA     |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/1111/1111                |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |                                                |  |                       |  |
| 13-Nome<br>JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR                  |  | 31/08/1977                                                   |  | 14-Telefone<br>(1111) 1111111111         |  | 15-Nome do titular do plano<br>JOAQUIM PEREIRA DA SILVA JUNIOR |  |                                       |  |                                                |  |                       |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento             |  |                                                              |  |                                          |  |                                                                |  |                                       |  |                                                |  |                       |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA |  | 18-Número no CRO<br>9636                 |  | 19-UF<br>DF                                                    |  | 20-Código CBO S<br>025 -              |  | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |  |                       |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>13181181603910411111 |  | 22-Nome do Contratado Excutante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA     |  | 23-Número no CRO<br>9636                 |  | 24-UF<br>DF                                                    |  | 25-Código CNES                        |  |                                                |  |                       |  |
| 26-Nome do Profissional Excutante<br>IRANI XAVIER DE SOUZA  |  | 27-Número no CRO<br>9636                                     |  | 28-UF<br>DF                              |  | 29-Código CBO S                                                |  |                                       |  |                                                |  |                       |  |

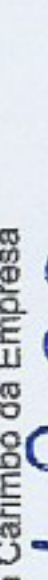
Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

| 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 |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/12/20              |                                  |
| 2-00      | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/12/20              |                                  |
| 3-00      | 85100200                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 46              | DO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/01/2021            |                                  |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                  |                       |                                                              |                        |                        |                    |                                         |
|------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão | 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\$ |
| / /              | / /                   | 1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      | 210,00                 | 0,00               |                                         |

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 | 23/11/20 |                                                        |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             | 23/11/20 |                                                        |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável     | 23/11/20 |                                                         |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa                           | 23/11/20 | <br>O. J. Almeida<br>Cirurgião Dentista<br>CRO - DF 9636 |