



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

606001  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>02/07/21                          | 4-Data de Autorização<br>02/07/21                           | 5-Serinha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>8769335 | 7-Data Validade da Serinha<br>30/09/21 |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>0020253899610000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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>DJONATHAN BATISTA PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                | 14-Telefone<br>( ) -                                        | 15-Nome do titular do plano<br>DJONATHAN BATISTA PEREIRA |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 16-Alteramento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>JOCIANE DA SILVA PRETEL | 18-Número no CRO<br>130389                                  | 19-UF<br>SP                                              | 20-Código CBO 8<br>025 -              | Faturar Empresa                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>28272139820                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>JOCIANE DA SILVA PRETEL | 23-Número no CRO<br>130389                               | 24-UF<br>SP                           | 25-Código CNES                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>JOCIANE DA SILVA PRETEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                | 27-Número no CRO<br>130389                                  | 28-UF<br>SP                                              | 29-Código CBO 8                       |                                        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 31-Código do Procedimento                                      | 32-Descrição                                                | 33-Dente/Região                                          | 34-Face                               | 35-Qtd                                 |
| 1-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESTAURAÇÃO RESINA                                             | 15                                                          | O                                                        | 1                                     | 6100                                   |
| 2-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESTAURAÇÃO RESINA                                             | 16                                                          | O                                                        | 1                                     | 6100                                   |
| 3-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESTAURAÇÃO RESINA                                             | 11                                                          | I                                                        | 1                                     | 6100                                   |
| 4-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESTAURAÇÃO RESINA                                             | 21                                                          | I                                                        | 1                                     | 6100                                   |
| 5-0085100196                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RESTAURAÇÃO RESINA                                             | 22                                                          | I                                                        | 1                                     | 6100                                   |
| 6- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 7- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 8- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 9- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 10- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 11- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 12- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 13- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 14- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 15- /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 43-Data de Início do Tratamento<br>08/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 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>30500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Profissional Solicitante<br>08/07/21 Juciane Pretel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista<br>08/07/21 Juciane Pretel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/07/21 Juciane Pretel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                |                                                             |                                                          |                                       |                                        |

Dra. Juciane S. Pretel  
Cirurgiã Dentista  
CRO-SP 130389