

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2.º



316261  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                            |                       |                                        |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/15/10 15/12/10 | 4-Data de Autorização<br>12/15/10 15/12/10 | 5-Seria<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>50156902 | 7-Data Validade da Seria<br>12/13/10 18/12/10 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                         |                                |                                |                                              |                                                         |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 8-Numero da Carteira<br>0 0 3 7 0 0 0 0 2 6 8 4 2 7 0 2 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>01 ADMINISTRACAO | 11-Data Validade da Carteira<br>1/1/11/11/11 | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde<br>70360903525333 |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                                            |                              |                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>TALITA DE SOUZA PONTES DA SILVA | 14-Teléfono<br>( ) - - - - - | 15-Nome do Titular do plano<br>TALITA DE SOUZA PONTES DA SILVA |
|--------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------|

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                                                             |                                                              |                           |                 |                          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALARICO GANDOUR FILHO | 18-Numero no CRO<br>19601 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>801 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>11011643192882       | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALARICO GANDOUR FILHO    | 23-Numero no CRO<br>19601 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALARICO GANDOUR FILHO | 27-Numero no CRO<br>19601                                    | 28-UF<br>RJ               | 29-Código CBO S |                          |

**Plano de Tratamento / Procedimentos 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 Guisa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0       | 0                         | 81000057     |                 |         | 1      | 134,00           | 10,00    |                                 | 05/10/20 |                       |                    |               |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 4-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 5-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 6-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 7-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 8-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 9-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 10-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 11-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 12-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 13-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 14-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |
| 15-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |          |                       |                    |               |

|                                                          |                                                                                                                                                |                                                                      |                                 |                             |                                                 |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>18/10/15/18/19 | 44-Tipo de Atendimento<br><input checked="" type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>1,00 |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|

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**

*Fora da rede com as demais abcs*

|                                                                                                           |                                                                                       |                                                                                              |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>18/11/05/12/05 Dr. Alarico Gandour Filho | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/15/10/12/10 Dra. Rejane Muniz | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/15/11/05/12/15 Gabriel Silva | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>12/15/10/05/12/10 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

CRO/RJ 19861

CRO/RJ 38.637

PONTO DE CONTATO CLINICA DENTARIA LTDA