

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



424502  
INTERCÂMBIO

|                          |                                             |                       |                                       |                                            |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/01/11 11/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8076878 | 7-Data Validade da Sanha<br>18/10/12 11/21 |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

**Dados do Beneficiário**

|                                                |                                |                                                         |                                     |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020202521185600003403 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>DAVI DINIZ CAMILO DA SILVA          | 14-Telefone<br>(131) 255212615 | 15-Nome do titular do plano<br>LEONARDO CAMILO DA SILVA |                                     |                                       |

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

|                                                              |                                                               |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>FABIOLA DULCE MONTEIRO | 18-Número no CRO<br>27085 | 19-UF<br>MG | 20-Código CEO S |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1042011267679         | 22-Nome do Contratado Executante<br>FABIOLA DULCE MONTEIRO    | 23-Número no CRO<br>27085 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>FABIOLA DULCE MONTEIRO |                                                               | 27-Número no CRO<br>27085 | 28-UF<br>MG | 29-Código CEO S |

**Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados**

| 30-Tabella   | 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 |
|--------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0008400074 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 16              |         | 1      | 49,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/11/11              | 80                 | X             |
| 2-0008400074 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 26              |         | 1      | 49,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/11/11              | 80                 | X             |
| 3-0008400074 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 36              |         | 1      | 49,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/11/11              | 80                 | X             |
| 4-0008400074 |                           | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 46              |         | 1      | 49,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/11/11              | 80                 | X             |
| 5-1          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-1          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-1          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-1          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-1          |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-1         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                    |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão 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-Total Quantidade US<br>196,00 | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|

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), ocorreram 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>30/11/11 RP | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>30/11/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/11/11 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>30/11/11 |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|

*Fabiola Dulce Monteiro*  
CIRURGIÃO DENTISTA  
CRO-MG 27085