



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



|                                                               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/05/11                        | 4-Data de Autorização<br>01/09/11 | 5-Sinistro<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8025766  | 7-Data Validade da Guia<br>01/03/12      | 412419<br>INTERCÂMBIO                    |
| Dados do Beneficiário                                         |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 8-Número da Carteira<br>000202510550601691501                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               |                                   |                          | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira<br>01/01/11 | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde    |
| 13-Nome<br>SEVERINA TETEA DA SILVA MENDES                     |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 14-Telefone<br>( )                                            |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 15-Nome do titular do plano<br>SEVERINA TETEA DA SILVA MENDES |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 16-Alteramento a TN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MARCIA SANTANA BORGES |                                   |                          | 18-Número no CRO<br>78161              | 19-UF<br>SP                              | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>127782408881           |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 22-Nome do Contratado Executante<br>MARCIA SANTANA BORGES     |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 23-Número no CRO<br>78161                                     |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 24-UF<br>SP                                                   |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 25-Código CBO S                                               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 26-Código CBO S                                               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 27-Número no CRO<br>78161                                     |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 28-UF<br>SP                                                   |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 29-Código CBO S                                               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 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-Ant                                                        |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 40-Data de Realização                                         |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 41-Motivo da Guia 42-Assinatura                               |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 43-Valor Total R\$                                            |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 44-Total Franquia / Co-participação R\$                       |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 45-Tipo de Faturamento                                        |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 46-Total Quantidade US                                        |                                                              |                                   |                          |                                        |                                          |                                          |
| 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) procediment(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 Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável

Dra. Marcia S. Borges  
Cirurgiã Dentista  
CROSP 78161