

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



|                          |                                              |                                         |                        |                                       |                                              |
|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/3/11/01/2101 | 4-Data de Autocópia<br>12/7/11/10/12101 | 5-Serina<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7992200 | 7-Data Validade da Serina<br>12/1/10/11/1211 |
|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

403953  
INTERCÂMBIO

Data do Beneficiário

|                                                 |                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>01020202533114900001011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA |
|--------------------------------------|

|                                                |
|------------------------------------------------|
| 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11/11 |
|------------------------------------------------|

|                                       |
|---------------------------------------|
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---------------------------------------|

13-Nome  
CINTIALUCIO DUARTE DA COSTA BARROS

03/04/1987

|                              |
|------------------------------|
| 14-Telefone<br>( ) - - - - - |
|------------------------------|

15-Nome do titular do plano  
CINTIALUCIO DUARTE DA COSTA BARROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 16-Autorização a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA ODONTOLOGICA CLEAR DENT LTDA |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|

|                           |
|---------------------------|
| 18-Número no CBO<br>18285 |
|---------------------------|

|             |
|-------------|
| 19-UF<br>RJ |
|-------------|

|                       |
|-----------------------|
| 20-Código CBO S<br>06 |
|-----------------------|

025 -  
Faturar Empresa

|                                                            |                                                              |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1010710169957715111 | 22-Nome do Contratado Exocliante<br>GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                           |
|---------------------------|
| 23-Número no CBO<br>18285 |
|---------------------------|

|             |
|-------------|
| 24-UF<br>RJ |
|-------------|

|                |
|----------------|
| 25-Código CNES |
|----------------|

26-Nome do Profissional Exocliante

GIOVANA VIANA CRIZOSTOMO

|                           |
|---------------------------|
| 27-Número no CBO<br>18285 |
|---------------------------|

|             |
|-------------|
| 28-UF<br>RJ |
|-------------|

|                 |
|-----------------|
| 29-Código CBO S |
|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição           | 33- Dente/Região | 34- Fanco | 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       | 01811000065                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                  | 1         | 1       | 3,4               | 10,0      |                                  | 0       | 10,0                   |                     |                |
| 2-00       | 01853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD             | 1         | 1       | 3,6               | 10,0      |                                  | 0       | 10,0                   |                     |                |
| 3-00       | 01853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID             | 1         | 1       | 3,6               | 10,0      |                                  | 0       | 10,0                   |                     |                |
| 4-00       | 01853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE             | 1         | 1       | 3,6               | 10,0      |                                  | 0       | 10,0                   |                     |                |
| 5-00       | 01853000047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE             | 1         | 1       | 3,6               | 10,0      |                                  | 0       | 10,0                   |                     |                |
| 6-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 7-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9-00       |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15-00      |                            |                         |                  |           |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

43-Data Prevista Término do Tratamento

|                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 44-1- Tipo de Atendimento<br>1-1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| 45-1- Tipo de Faturamento<br>1- Total 2- Parcial |
|--------------------------------------------------|

|                                    |
|------------------------------------|
| 46- Total Quantidade US<br>1178,00 |
|------------------------------------|

|                                |
|--------------------------------|
| 47- Valor Total R\$<br>1010,01 |
|--------------------------------|

|                                          |
|------------------------------------------|
| 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), 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 Contratado-Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa