

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



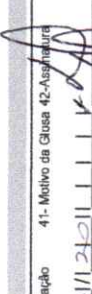
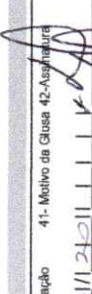
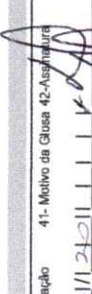
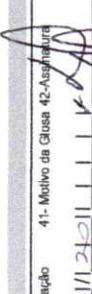
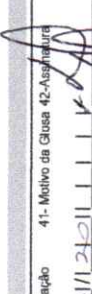
2-Nº

435103  
INTERCÂMBIO

|                          |                                               |                                           |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Dado de Emissão da Guia<br>10/4/11 12/12/10 | 4-Data de Autorização<br>10/7/11 12/12/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8119802 | 7-Data Validade da Senha<br>10/4/10 3/12/11 |
|--------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                 |  |                                       |  |                                                        |  |                                                          |  |
|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|
| 8-Número da Carteira<br>10020202528929100036302 |  | 10-Empresa<br>POSITIVO TECNOLOGIA S A |  | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11               |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>707800649648212 |  |
| 13-Nome<br>EDUARDO HENRIQUE GRANJA COGO         |  | 14-Telefone<br>(1521) 38112113533     |  | 15-Nome do Titular do plano<br>AIZE REGINA COELHO COGO |  |                                                          |  |

|                                                        |  |                                                         |  |                          |  |             |  |                                             |  |
|--------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------|--|---------------------------------------------|--|
| 16-Atendimento a RN<br>N                               |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>KAIO AZEDO LEITE |  | 18-Número no CRO<br>4602 |  | 19-UF<br>AM |  | 20-Código CBO S<br>414 -<br>Faturar Empresa |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1001181212511   |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>KAIO AZEDO LEITE    |  | 23-Número no CRO<br>4602 |  | 24-UF<br>AM |  | 25-Código CNES                              |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>KAIO AZEDO LEITE |  |                                                         |  | 27-Número no CRO<br>4602 |  | 28-UF<br>AM |  | 29-Código CBO S                             |  |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|----------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 30- Tabella                                     | 31- Código do Procedimento |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 32- Descrição           | 33- Dente/Régulo | 34- Face | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut  | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Glorosa 42- Assinatura                                             |
| 1- 0 0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CONSULTA ODONTOLOGICA   |                  |          | 1       | 3 4               | 0 0       | 0 0 0 0                          | 11/12/11 | 21/12/10               |  |
| 2- 0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE             |          | 1       | 3 6               | 0 0       | 0 0 0 0                          | 11/12/11 | 24/12/10               |  |
| 3- 0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD             |          | 1       | 3 6               | 0 0       | 0 0 0 0                          | 11/12/11 | 21/12/10               |  |
| 4- 0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID             |          | 1       | 3 6               | 0 0       | 0 0 0 0                          | 11/12/11 | 21/12/10               |  |
| 5- 0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7                      |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE             |          | 1       | 3 6               | 0 0       | 0 0 0 0                          | 11/12/11 | 24/12/10               |  |
| 6-                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 7-                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 8-                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 9-                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 10                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 11                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 12                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 13                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 14                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |
| 15                                              |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                  |          |         |                   |           |                                  |          |                        |                                                                                  |

|                                                             |                                                                                        |                                             |                                   |                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término de Tratamento<br>10/12/11 12/12/10 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1178100 | 47-Valor Total R\$<br>10100 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>10100 |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|

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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>10/12/11 12/12/10<br>Dr. Kaio Azedo Leite<br>CRO - AM 4602 | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>10/12/11 12/12/10<br>Dr. Kaio Azedo Leite<br>CRO - AM 4602 | 52-Data, local e Assinatura de Beneficiário Responsável<br>10/12/11 12/12/10<br>Dr. Kaio Azedo Leite<br>CRO - AM 4602 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|