

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



358833  
INTERCÂMBIO

|                        |                                         |                                        |                       |                                       |                                            |
|------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Região ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/08/2013 | 4-Data de Autorização<br>12/01/08/2013 | 5-Santa<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7796485 | 7-Data Validade da Santa<br>11/06/11/12/10 |
|------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

|                                |                                      |                                             |                                                    |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 8-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>CONCLUÍDA |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                   |                                         |                                                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ANTONIO DAVI CAMBRAIA DE CASTRO AGUIAR | 14-Teléfono<br>(19) 161 8112 819 210 21 | 15-Nome do titular do plano<br>MAIKELLE AGUIAR AZEVEDO |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|

16-Data de Contato Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                         |             |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 18-Número no CRO<br>563 | 19-UF<br>AP | 20-Código CBO S<br>025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200<br>(1) 85100200 |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                         |                                                             |                         |             |                                   |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1913894813253111 | 22-Nome do Contratado Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 23-Número no CRO<br>563 | 24-UF<br>AP | 25-Código CNES<br>25-Código CBO S |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------------|

|                                                               |                         |             |                 |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>ALESSANDRA BRITO LOBATO | 27-Número no CRO<br>563 | 28-UF<br>AP | 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-Frangula/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-000     | 81000030                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 | 1       | 1      | 3,40             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 2-000     | 84000090                  | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 | 1       | 1      | 7,20             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-000     | 85100196                  | RESTAURAÇÃO RESINA        |                 | 1       | 1      | 6,10             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-000     | 85100200                  | RESTAURAÇÃO RESINA        |                 | 1       | 1      | 8,80             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-000     | 85100200                  | RESTAURAÇÃO RESINA        |                 | 1       | 1      | 8,80             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-000     | 83000089                  | EXODONTIA SIMPLES DE      |                 | 1       | 1      | 7,30             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-000     | 83000089                  | EXODONTIA SIMPLES DE      |                 | 1       | 1      | 7,30             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-000     | 83000089                  | EXODONTIA SIMPLES DE      |                 | 1       | 1      | 7,30             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-000     | 83000089                  | EXODONTIA SIMPLES DE      |                 | 1       | 1      | 7,30             | 0,00     |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-000    |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                                                                                    |                        |                        |                    |                                         |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                             | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Frangula / Co-participação R\$ |
|                                        | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-1-Total 2-Parcial    | 635,00                 | 10,00              |                                         |

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(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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                              |                                                                  |                                                                          |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/01/08/13 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/01/08/13 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/01/08/13 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>12/01/08/13 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

Maikelle Aguiar Azevedo